Rok LXVIII. Kraków, dnia 20. lutego 1909. Nr 8.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Kamica kiszkowa w przebiegu nieżytu kiszek śluzowo-błoniastego

podał

Dr Leon Zuławski

Dyrektor szpitala powsz. w Gorlicach.

We wrześniu r. 1908 zgłosiła się do mnie chora P., rodem z Czech, lat 30 licząca i podała, że co jakiś czas miewa gwałtowne bole brzucha w okolicy prawego podżebrza. Bole te mają się rozchodzić ku bokom klatki piersiowej, czasami ku kręgosłupowi i trwają od kilku do kilkunastu godzin. Obecnie występują one co kilkanaście dni; przedtem występowały rzadziej i nieregularniej. Chora twierdzi, że podobne bole ma już od 8 lat, tylko że dawniej zajmowały one podbrzusze prawe. Poprzednie bole były stale przez rozmaitych lekarzy uważane za bole maciczne i chora poddawała się długoletniemu leczeniu, które jednak nie odnosiło żadnego skutku. Bole trwały uporczywie, a dopiero przed 5 miesiącami ustały na dwa miesiące, poczem wróciły ze zmianą siedziby i odtąd stale już tylko w górnej części brzucha występują. Charakter bolów tych jest napadowy; przed każdym napadem chora miewa uczucie ogólnej niemocy, czasami nudności, a zawsze pewnego stopnia wzdęcie brzucha. Bole mają być tak gwałtowne, że chora musi się w czasie bolów zgiąć i nie może powstrzymać się od jęku. Chora stale od kilkunastu lat cierpi na zaparcie stolca; — żółtaczki nigdy nie miała. Zapytana, czy w stolcach nie zauważyła czegoś nieprawidłowego, podała, że już od kilkunastu lat zauważyła w stolcach obecność śluzu w postaci kępek i długich błon. Na tę okoliczność jednak nie zwracała uwagi lekarzy, ponieważ żaden się o to nie pytał.

W 11-stym roku życia przebywała ospę, przed 7 laty rodziła, — poród i połóg były prawidłowe. Przed 4 laty chorowała przez 3 miesiące, jak powiada na »piersi« i wtedy miała z kaszlem odpluwać drobne kamyczki. Jestto szczegół, — do którego powrócę w dalszym ciągu tej pracy.

Zresztą nie przebywała żadnych innych chorób. — Dziedziczności w żadnym kierunku nie stwierdzono z tej przyczyny, że chora nie umiała nic podać o swej rodzinie.

Badanie: Kobieta średniego wzrostu, dobrej budowy ciała, dobrego odżywienia; na skórze wyraźne ślady przebytej ospy. Zrenice prawidłowo i równomiernie rozszerzone, oddziałują prawidłowo tak na światło, jak i akomodacyę. Jama ust bez zmian, uzębienie prawidłowe, zęby zdrowe. Nos, gardło, krtań prawidłowe. Szyja prawidłowych rozmiarów, gruczoł tarczowy nie powiększony. Klatka piersiowa prawidłowo sklepiona, wszędzie nad płucami wypuk jawny, granice płuc prawidłowe, ruchome, szmery oddechowe wszędzie prawidłowe, serce bez zmian opukowych i osłuchowych. Naczynia obwodowe prawidłowe. Brzuch prawidłowo wysklepiony; oglądaniem nie wykrywa się żadnych zmian, macaniem stwierdzić się daje nadmierna tkliwość w okolicy prawego zagięcia kiszki grubej — i uczucie pewnej zwiększonej oporności w głębi. Okolica kiszki ślepej nie bolesna; nie spostrzega się żadnego zwiększenia napięcia mięśni, ani też nie można wyczuć kiszki ślepej lub wyrostka robaczkowego. Wątroba i śledziona bez zmian.

Badanie narządu płciowego wykazuje miernego stopnia upławy, — zresztą żadnych zmian a nawet śladów przebytych wrzekomo chorób macicy lub przydatków.

Układ nerwowy zupełnie prawidłowy. Mocz barwy winowożółtej, silnie kwaśny a c. właść. 1025, — brak białka i cukru, kwas moczowy silnie zwiększony. W osadzie drobniutkie kryształki kwasu moczowego.

Badanie stwierdziło przeto jedynie zwiększoną tkliwość brzucha w okolicy prawego zagięcia kiszki grubej i zwiększoną tamże oporność oraz zmiany w moczu, jako zwiększenie kwaśności, ciężaru właściwego i ilości kwasu moczowego.

Stan ten i wywiady upewniły mnie, że chora cierpi na nieżyt (*typho-colitis muco-membranacea*) śluzowobłoniasty kiszek i dla stwierdzenia poleciłem chorej przynieść stolec do zbadania po następnym napadzie bolów. Brak zmian w wątrobie i zmian w okolicy kiszki ślepej przy zupełnie dobrym stanie macicy i przydatków, wyłączał schorzenie tych narządów i odrazu zwracał uwagę w stronę podanych w wywiadach zmian w stolcach. Stolec, przyniesiony po kilku dniach, zawierał śluz w postaci kępek i taśm, i piasek w postaci drobniutkich ziarn koloru cisawego.

Jestto więc przypadek kamicy kiszkowej (*lithiasis-intestinalis*) w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek.

Chorej poleciłem stale przecedzać stolce przez sito i kilkakrotnie przynosiła mi chora garść piasku jelitowego. Piasek ten, badany w pracowni Docenta Seńkowskiego, okazał wszystkie właściwości kamieni kiszkowych (enterolitów). Oprócz istoty organicznej kałowej zawierał sole fosforanowe, magnowe i wapniowe. Ziarnko tego piasku wyglądało na przekroju jednolicie i nawet pod lupą nie wykazywało obecności jądra środkowego.

Dalsze spostrzeganie ustaliło, że po każdorazowym napadzie bolów — stolce zawierały pewną ilość tego piasku, poczem następował krótszy lub dłuższy okres bez bolów, ze stolcami bez piasku, a jedynie z domieszką śluzu. Ciekawe było zachowanie się moczu w stosunku do bolów i do obecności piasku w stolcach. W czasie, wolnym od bolów, mocz był silnie kwaśny, o wysokim ciężarze właściwym ze znacznie zwiększoną ilością kwasu moczowego; natomiast w czasie napadu i tuż po napadzie, t. j. w czasie obecności piasku w stolcach, ciężar właściwy i kwaśność moczu opadały prawie do stanu prawidłowego. Ogólny stan chorej pomimo bardzo silnych bolów jest dobry.

Zestawiając to wszystko, widzimy, że chora cierpi od kilku, a może nawet kilkunastu lat na nieżyt śluzowo-błoniasty jelit, który stale był przez rozmaitych lekarzy nierozpoznawany; że pierwotnie zajęta była głównie kiszka ślepa i z tego powodu bole zajmowały podbrzusze prawe, potem zaś sprawa chorobowa usadowiła się w zagięciu prawem, że u chorej wydziela się okresowo piasek jelitowy ze stolcami i że początek tej kamicy jelitowej nie da się oznaczyć; że badanie moczu stwierdza zmianę ogólną w kierunku zwiększenia kwasu moczowego — i że to zwiększenie ilości kwasu pozostaje w pewnym stosunku do wydalania piasku ze stolcami, a w końcu, że tworzenie się kamieni w ustroju chorej nie jest odosobnionym objawem skłonności kamieniotwórczej, gdyż już 4 lata wstecz, w cza-

sie nieżytu oskrzeli, tworzyły się kamienie w oskrzelach, które chora wykaszliwała.

Pojęcie sprawy chorobowej, zwanej kamicą jelitową, nie jest w piśmiennictwie naszem pojęciem ściśle określonem. Kamica jelitowa nie wywołała tego zainteresowania, na które z wielu względów zasługuje i dlatego spotykamy się jedynie tu i ówdzie z licznemi uwagami, które nie odpowiadają rzeczywistemu znaczeniu sprawy. Często pod jedno pojęcie kamicy jelitowej zestawia się powstawanie w jelitach koprolitów, enterolitów, żwiru i piasku jelitowego, które różnią się i własnościami fizycznemi, a co ważniejsze i patogenezą. Z patogenezą zazwyczaj krótko się załatwia, przypisując powstawanie kamicy jelitowej nawykowemu zaparciu stolca i dyecie przeważnie roślinnej. Tymczasem sprawa kamicy kiszkowej nie jest tak prostą. Tworzenie się kamieni w ustroju zwierzęcym jest bądź co bądź jednym z ciekawych objawów biologicznych, który zawsze wymaga do powstawania oprócz pewnych warunków, dających się naszymi sposobami badania stwierdzić, — czegoś, co nazwać musimy usposobieniem kamieniotwórczem, a czego dokładniej i jaśnicj określić nie umiemy.

W każdej kamicy, czy to będzie kamica śliniankowa czy żółciowa, czy trzustkowa lub nerkowa, po głębszem rozpatrzeniu musimy przyznać, że oprócz tych zwykłych warunków patologicznych, które umożliwiły powstanie kamieni, istniała w ustroju pewna skłonność do wydzielania soli w nadmiernej ilości i nie można zaprzeczyć, że istnieją stany chorobowe, doskonale umożliwiające powstawanie kamieni, a pomimo tego nie dochodzi do rzeczywistego ich wytwarzania się. Ileż to razy spostrzegamy zastojową żółtaczkę z następowym nieżytem pęcherzyka i dróg żółciowych, a pomimo tego nie następuje tworzenie się kamieni żółciowych. Mamy wszystkie trzy warunki, przy których powstają kamienie, jak zastój żółci, zmianę jej składu i zmianę błony śluzowej, a pomimo tego kamienie się nie tworzą; — da się to wytłumaczyć jedynie brakiem zdolności kamieniotwórczej ustroju. Natomiast mamy w przyrodzie dowody, że tam, gdzie istnieje w wysokim stopniu usposobienie, — tak zwana zdolność kamieniotwórcza, wystarczy już jeden z tych warunków, ażeby nastąpiło nadmierne wydzielanie się soli z ustroju i wytworzenie się kamieni. Wystarczy np. przez przedziurawioną muszlę zadrażnić ziarnkiem piasku płaszcz małża, ażeby powstała perła w tem miejscu. Tak samo w doświadczeniu Geoffroy Saint-Hilaire samo tylko dłuższe zatrzymanie jaja w jajowodzie, wywołało pomnożenie warstw skorupy jaja. W obu tych doświadczeniach mamy dowód nadzwyczajnie silnej zdolności wydzielania się soli z ustroju. I u ludzi widzimy, że u pewnych osób ta zdolność jest tak znaczna, że niekiedy równocześnie w rozmaitych narządach tworzą się kamienie. U innych znowu osób w ciągu ich życia w miarę powstawania odpowiednich warunków w pewnych stanach chorobowych, powstają kolejno rozmaite kamice. W przypadku powyżej opisanym chora przed 4 laty cierpiała na kamicę oskrzelową, obecnie zaś ma kamicę kiszkową. Autorowie francuscy (Rochaz, Dieulafoy) już z końcem zeszłego wieku wyrazili zapatrywanie, że w powstawaniu kamic, główną rolę odgrywa usposobienie kamieniotwórcze, skaza kamieniotwórcza, którą łączą częstokroć ze skazą moczanową czyli dną. Wracając do kamicy kiszkowej, zaznaczyć muszę, że krystalizacyę soli w jelitach a raczej w stolcach spostrzegał pierwszy Prof. Ehremberg w smółce noworodków. Później Schönlein w czasie epidemii duru brzusznego w Zurychu w r. 1835 zwrócił uwagę na liczne kryształki soli w stolcach tych chorych. Schönlein usiłował nawet tym kryształkom przypisać znaczenie rozpoznawcze w durze. Następnie już coraz częstsze są spostrzeżenia kryształków i kamieni w stolcach. Zawsze jednak trwa zamieszanie w tej sprawie o tyle, że wszyscy autorowie łączą jeszcze w jedno pojęcie kamicy kiszkowej wszelkiego rodzaju kamienie, spotykane w stolcach, bez względu na to, jakiego były pochodzenia i jakiej formacyi. Dopiero pierwszy Cloquet w r. 1854 rozdziela kamienie kiszkowe na dwie grupy i on pierwszy zauważa, że błona śluzowa jelit może w stanie chorobowym wydzielić w nadmiernej ilości sole, tak jak pewne zwierzęta czynią to w prawidłowych warunkach. Po nim Laboulbène stwarza wyrażenie »piasek kiszkowy« na określenie złogów pod postacią żwiru, który spostrzegał w stolcach sześciu swoich chorych. Laboulbène sądził, że ten piasek wytworzył się w następstwie zwiększonego dowozu soli do ustroju przez dyetę przeważnie roślinną. Wkrótce spostrzeżenie Marquez'a dowiodło, że zapatrywanie Laboulbèna nie jest słuszne, chora bowiem Marqueza oddawała piasek ze stolcami, zawierającymi śluz, aczkolwiek żywiła się wyłącznie potrawami mięsnemi. To spostrzeżenie dało pierwszy impuls do zapatrywania, że w tym piasku należy widzieć coś więcej, niż wydzielanie soli, doprowadzonej w nadmiernej ilości w pokarmach. Późniejsze liczne postrzeżenia (Oddo, Mongour, Fontet, Dieulafoy), doprowadziły ostatecznie do tego zapatrywania, że obok kamieni, często spotykanych w jelitach jak kamyczki żółciowe, koprolity i t. d., istnieje właściwa kamica kiszkowa, analogiczna do kamicy żółciowej, trzustkowej, nerkowej i t. d., i że najczęściej występuje ona w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek.

Równocześnie podzielono spotykane w jelitach kamienie na trzy grupy. Do pierwszej grupy zaliczono wszystkie bryły, utworzone z ciał obcych, które z zewnątrz dostały się do jelit, jako to włosy zwierzęce i roślinne, zęby, pestki owocowe, ziemia i piasek, połykane przez umysłowo chorych, a w końcu zbite kawałki kału tak zwane koprolity.

Do drugiej grupy zaliczono kamienie, utworzone wprawdzie w ustroju, ale poza żołądkiem i jelitami, a które potem dostały się do jelit. Tu należą kamienie żółciowe — najczęstsze, kamyczki migdałkowe, ślinianke lub oskrzelowe połknięte, kamyczki trzustkowe, i kamyczki pęcherzowe lub pochwowe, które drogą przetok dostały się do jelit.

Do trzeciej grupy należą wszystkie kamienie, utworzone w jelicie, jako skupienie kryształków, soli wapniowych i t. d., wydzielonych przez ścianę jelita; do tej grupy należą enterolity, żwir i piasek jelitowy i one stanowią właściwą kamicę kiszkową *(lithiasis intestinalis).* Kamica opisana na wstępie w przebiegu śluzowobłoniastego nieżytu kiszek jest typowym przykładem właściwej kamicy kiszkowej przez autorów francuskich zwanej »gravelle intestinale«. Związek przyczynowy między tą kamicą, a nieżytem kiszek nie ulega wątpliwości, aczkolwiek trudno i pra-

wie niepodobna oznaczyć ich wzajemny czasowy stosunek.

Śluzowobłoniasty nieżyt kiszek należy do chorób, co do której patogenezy nie ma jeszcze pewnego i jednolitego zapatrywania. Rozwój jego i przebieg bywa rozmaity; nieżyt taki już to występuje odrazu pod postacią napadów gwałtownych bolów, powtarzających się przez całe lata, już to rozwija się pomału, z początku niekiedy z przewagą rozwolnień, czasami ze stanami gorączkowymi — poczem dopiero powstaje uporczywe zaparcie stolca. Głównym objawem tego nieżytu, obok napadowego bolu jest oddawanie ze stolcami śluzu w postaci kępek lub błon i piasku, albo żwiru.

Zdarzają się przypadki, że w stolcach spotyka się tylko żwir lub piasek bez domieszki śluzu, jednakowoż częściej spotykamy stan odwrotny, t. j., że nieżyt jest tylko śluzowobłoniasty bez kamicy. Co do tego czyni Dieulafoy słuszną uwagę krytyczną, że sprawę tę należałoby poddać ściślejszemu zbadaniu, gdyż nie ma najmniejszego dowodu, czy u chorego, który od lat oddaje ze stolcami śluz i błony, nie znajdował się równocześnie w tych stolcach i piasek kiszkowy. Żwir i piasek kiszkowy, zmieszany z masami kału łatwo może ujść uwagi chorego; natomiast śluz, czy to w postaci kępek, czy błon, swemi własnościami fizycznemi odrazu zwraca uwagę na siebie. Pytanie, czy w każdym przypadku śluzowobłoniastego nieżytu kiszek następuje równocześnie nadmierne wydzielanie soli w jelitach, ostatecznie da się rozstrzygnąć przez dokładne badanie stolców w każdym przypadku takiego nieżytu. Rozstrzygnięcie to ze stanowiska patogenetycznego dlatego może mieć wielkie znaczenie, że zachodzi pytanie, czy ta właśnie nadmierna ilość wydzielonych soli nie jest powodem wzmożonej działalności gruczołów śluzowych.

Objawem w przypadkach tych prawie zawsze dominującym są silne bole brzucha. Jak wiadomo, bole w tej chorobie zajmują różne odcinki kiszki grubej i stale zawsze przez jakiś czas w tych samych okolicach występują.

Przytem z miejsca największego bolu rozchodzi się on w różnych kierunkach, i przez to robi je podobnemi do bolów spotykanych przy zmianach innych narządów. Stąd też i rozpoznanie tej choroby w wielu przypadkach jest trudne i często mylne. W przypadku napadu bolu można ten nieżyt kiszki grubej wziąść nie tylko za inne cierpienie narządów jamy brzusznej, ale nawet za cierpienie płuc lub serca. I tak np. zdarza się, że w czasie napadu bolów występuje znacznie przyspieszona czynność serca z objawami duszności i wtedy łatwo pomylić się i rozpoznać np. dusznicę bolesną (*angina pectoris*); a nawet jak to wykazał Tessier, odruch ze strony narządu krążenia w płucach może być tak silny, że występują wszystkie objawy przemijającej niedomykalności zastawki trójdzielnej. Potain podaje, że widział u jednej chorej, u której w czasie między napadami tętno wynosiło 88 uderzeń na minutę, przyspieszenie czynności serca, wynoszące w czasie napadu 128 uderzeń na minutę; przytem tętno to było nieregularne i wykazywało dobitnie, że serce było w stanie silnego rozstroju. Zmiany te są czysto nerwowe — odruchowego pochodzenia, nie wywołane żadnemi mechanicznemi przeszkodami, np. przez podniesienie przepony, wzdęcie brzucha, gdyż w przypadku Tessiera i Potaina żadnych takich przyczyn obaj ci autorowie wykazać nie mogli.

Najczęściej jednak omyłki rozpoznawcze polegają na mylnem rozpoznaniu zapalenia wyrostka robaczkowego lub kolki wątrobnej w przypadkach, gdzie oprócz nieżytu śluzowobłoniastego i kamicy jelitowej nie ma zresztą żadnych zmian. W przypadkach nawet stwierdzonego nieżytu śluzowobłoniastego zapomocą badania stolców bardzo często wtedy, gdy bole stale w prawej stronie podbrzusza występują, uważa się istnienie przewlekłego lub podostrego zapalenia wyrostka robaczkowego za prawdopodobne, a nawet pewne. Szczególniej zdarza się to w przypadkach, przebiegających z gorączką. Rozmaite są tego powody. Z jednej strony powszechnie panujące błędne zapatrywania, że nieżyt śluzowobłoniasty jest częstszem powikłaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, — to znów, że zapalenie wyrostka jest częstem następstwem takiego nieżytu i to szczególniej, gdy taki nieżyt przebiega z kamicą jelitową.

Z drugiej strony nie można nie przypisać pewnego wpływu na chętne rozpoznawanie zapaleń wyrostka robaczkowego powszechnie zwiększonemu popędowi do operacyi. Pod wpływem słusznej obawy następstw rzeczywistego zapalenia wyrostka robaczkowego nieoperowanego, zawezwany do narady operator nie wchodzi w największej części przypadków tak pilnie w szczegóły rozpoznawcze, ażeby nie popaść w uprzedzenie i stąd w ostatnich latach mnożą się doniesienia o setkach wyciętych wyrostków robaczkowych zupełnie zdrowych. Przekonany jestem, że nikt z tych którzy operują, nie uniknął tej omyłki — i ja jej nie uniknąłem — aczkolwiek materyał mój jest niezbyt wielki.

W jesieni r. 1903 zgłosił się do szpitala w Gorlicach gospodarz Antoni R., zamieszkały w powiecie jasielskim, lat 41 liczący, i podał, że od 2 lat cierpi na gwałtowne bole w prawej połowie podbrzusza. Badaniem wykazać się dała pewnego stopnia tkliwość prawej strony podbrzusza, zwiększenie oporności w okolicy kiszki ślepej, a przy głębszem macaniu wał, odpowiadający kiszce ślepej. Punkt Mac-Bourneya był tkliwy, ale nie bolesny. Stan stale bezgorączkowy, ogólne wychudzenie i silne zaparcie stolca. Stolce zawierają błony śluzowe. Napady bolów nieraz co kilka dni. Rozpoznanie pomimo typowego śluzu w stolcach, brzmiało z powodu stałego bolu w okolicy wyrostka: »przewlekłe zapalenie wyrostka«. Chory po kilku tygodniach leczenia środkami przeciwgnilnymi i lewatywami, wyszedł ze szpitala ze znacznem polepszeniem. W marcu w r. 1904 zgłosił się jeszcze bardziej wychudzony z ciągle powtarzającemi się bolami w okolicy wyrostka robaczkowego. Stan przedmiotowy ten sam, jak przedtem; chory żąda wykonania operacyi, wycięcia wyrostka robaczkowego. Po pewnem wahaniu zgodziłem się na operacyę, hołdując ówczesnym zapatrywaniom o łączności tego zapalenia z nieżytem śluzowobłoniastym. Wyciąłem wyrostek długości 11 ctm., zupełnie drożny i zupełnie zdrowy. W jamie brzusznej nie znalazłem żadnych śladów zapalenia lub innych jakichś zmian. Chory po doraźnem zagojeniu się rany brzucha, opuścił szpital; — a w 2 tygodnie potem zawiadomił mnie, że takich samych napadów bolów dostał w kilka dni po powrocie do domu.

Jak częste są podobne niepotrzebnie wykonane operacye, świadczą najlepiej rozprawy w berlińskiem Towarzystwie lekarskiem d. 19-go lipca r. 1906, podczas których wykazał Prof. Orth, że na 100 wyrostków, badanych przez niego i przez Aschoffa, a wyciętych z rozpoznaniem zapalenia wyrostka robaczkowego, było 9—10 zupełnie zdrowych, bez jakichkolwiek makroskopowych lub mikroskopowych zmian. (Dok. nast.).

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek pęknięcia przepukliny pępowinowej podczas porodu.

Podał

Dr Bernard Engländer.

Jeśli już rzadko spotkać się można z przepukliną pępowinową u noworodka (1: 5000 porodów w berlińskiej »Charité« [1]), to jeszcze rzadziej widzieć można pęknięcie jej podczas porodu. Z tego też powodu ogłoszenie takiego przypadku zdaje mi się usprawiedliwione.

Niedawno wezwano mnie do wieloródki z tego powodu, że położna zauważyła jakąś nieprawidłowość na ciele noworodka i sądząc, że ma przed sobą przypadek przyrośnięcia łożyska do noworodka, była w kłopocie, gdzie podwiązać pępowinę. Przybywszy na miejsce, zastałem noworodka płci żeńskiej, głośno krzyczącego, z długą, grubą pępowiną i łożyskiem między udami matki. Pępowina była od nasady przy pępku na długość 12 cm rozszczepiona, wysłana wewnątrz błoną gładką i lśniącą (otrzewną). Na brzuszku dziecka leżała kątnica, nieco ciemno-czerwono zabarwiona, rozdęta, z dość długim wyrostkiem robaczkowym i 3 pętle jelita biodrowego, które podczas krzyku dziecka jeszcze więcej wychodziły. Właściwa brama przepuklinowa (pępek) drożna zaledwie dla palca. Zresztą żadnych innych nieprawidłowości na ciele noworodka nie zauważyłem.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że przepuklina ta pękła podczas porodu, który się odbył siłami natury, że nie wywołała owego pęknięcia położna, która zauważyła tę nieprawidłowość zaraz po przyjściu dziecka na świat.

Ze stanowiska leczniczego ma tego rodzaju nieprawidłowość ważne znaczenie. Ponieważ treść przepukliny zetknęła się podczas porodu z zapewne niejałową wydzieliną pochwy, ponieważ położna w kłopocie, gdzie ma pępowinę podwiązać, dotknęła się pętli jelit, — co sama przyznała, — i przykryła je pieluszką, niezupełnie czystą pod względem bakteryologicznym, przeto o jakimś skutecznym zabiegu operacyjnym prawie nie można było myśleć. Ponieważ prócz tego na operacyę nie godziła się ani matka, ani też jej najbliższe otoczenie, przeto los noworodka był z góry rozstrzygnięty. Zmarł też on dnia następnego, w 29 godzin po porodzie.

W przypadku tym jednakże wynik jakiegokolwiek zabiegu doszczętnego byłby, zdaniem mojem, wątpliwy.

Ton nad wątrobą w przypadku marskości przerostowej.

Podał

Dr Wilhelm Weissglass.

W II. klinice lekarskiej w berlińskiej »Charité« spostrzegałem przypadek następujący:

40-letni stolarz, dziedzicznie nie obciążony, podaje, że od roku cierpi na swędzenie skóry, połączone z ogólnem osłabieniem i że od tego czasu brunatnieje mu skóra, a brzuch się powiększa. — Chory przyznaje się do nadużywania wyskoku, głównie wódki, natomiast nie przyznaje się do żadnej choroby wenerycznej.

Stan obecny: Budowa kośćca dobra, mięśnie dobrze wykształcone. Podściółka tłuszczowa słaba. Skóra brunatna. Żyły kończyn dolnych rozszerzone. Układ nerwowy: Odruchy wzmożone, zresztą bez zmian. — Narząd krążenia: Opukiwaniem i prześwietleniem promieniami Röntgena stwierdza się, że serce przekracza prawidłowe granice na lewo, zresztą bez zmian. Tętno: 80 uderzeń na minutę, dobrze napięte. Krew: 4,420.000 ciałek czerwonych, 7500 ciałek białych, 75% hemoglobiny (Sahli). Narząd oddechowy bez zmian.

Brzuch wzdęty, puchliny wykazać nie można. Wątroba macalna, niezbyt twarda, przekracza na 2 palce łuk żebrowy. Na granicy płucno-wątrobnej i nad dolną połową mostka, najsilniej jednak po stronie prawej, słychać wyraźnie ciągły (nierytmiczny) szmer o cechach tonu muzycznego, którego natężenie silniejsze jest, gdy chory leży, niż, gdy stoi. — Śledziona macalna. Żołądek i jelita bez zmian. Stolec prawidłowej zbitości, nieco jasny, zawiera dużo urobiliny.

Mocz w pierwszych dniach zawiera 0·3% cukru gronowego, dużo urobiliny, zresztą prawidłowy. — Po kilku dniach znika cukier zupełnie i mimo podania 100.0 gr. dekstrozy, a względnie 100,0 gr lewulozy cukru w moczu wykryć nie można. Urobilina natomiast utrzymuje się w zwiększonej ilości prawie do końca, dopiero ostatniego dnia okazuje się w ilości prawidłowej. Odczyn Cammidge (czynności trzustki) wypada dodatnio.

Leczenie: kalomel 0·05 3 razy dnia.

Chory po 11. dniach opuszcza klinikę, czując się o wiele silniejszym i nie odczuwając swędzenia skóry. — Brunatne zabarwienie skóry, jakoteż ton muzyczny nad wątrobą utrzymują się nadal.

[1]) L. Seitz; v. Winckel's Handbuch Bd. III. Theil III. Kapitel VI. S. 184.

Oceny i sprawozdania.

Władysław Sterling. **Badania psychologiczne nad spostrzeganiem i pamięcią przy porażeniu postępowem.** (Z pracowni psychologicznej przy klinice psychiatrycznej Prof. E. Kraepelina w Monachium. Praca nagrodzona na konkursie im. Pląskowskiego). Warszawa, 1907. (E. Wende i Sp.).

Jako materyału do badań swych użył autor 12 przypadków porażenia postępowego (*paralysis progressiva*), wybranych pomiędzy trzydziestoma. Te dwanaście przypadków poddał autor systematycznemu doświadczalnie — psychologicznemu badaniu, którego celem było zdanie sobie sprawy, jak w porażeniu postępowem zachowuje się zdolność spostrzegania i zapamiętywania. Ku temu celowi posługiwał się autor przyrządem przez siebie obmyślonym, a w ten sposób zbudowanym, iż tabliczkę umocowaną na końcu wahadła można było przesuwać przed otworem umieszczonym w ekranie. Tabliczka była podzielona na 9 kwadracików tak urządzonych, aby do każdego z nich można było włożyć jakąś dowolną, jedną literę. — Przy jednorazowem puszczeniu wahadła w ruch, tabliczka z literami ukazuje się w otworze ekranu, a że zarówno wielkość tego otworu, jak i szybkość ruchu wahadła (przez zmianę jego długości) można zmieniać dowolnie, przeto można też dowolnie zmieniać czas, przez który tabliczka z umieszczonemi na niej literami jest widoczna w otworze ekranu. Chorego, który ma być badaniu poddany, sadza się za ekranem i przez wprawianie wahadła w ruch ukazuje mu się w otworze tabliczkę z literami, których ilość waha się od 1 do 9, lecz najczęściej wynosi trzy.

Wielkość otworu i długość wahadła regulowano w ten sposób, ażeby czas ekspozycyi, t. j. czas, przez który litery na tabliczce są widzialne, wynosił 77·56. — Skoro tylko tabliczka zniknęła z otworu, musiał chory wymienić litery, które widział. Takich doświadczeń dokonywano jednego dnia z jednym chorym 50; a każdego chorego badano przez 5 dni.

Chcąc na podstawie w ten sposób otrzymanych wyników ocenić zdolność spostrzegania badanych chorych, trzeba odróżnić 1) ilość wogóle wymienionych liter, tudzież 2) ilość trafnie i błędnie wymienionych. Z Finzim, który ilość wogóle wymienionych liter uważa za miarę objętości, czy wydatności spostrzegania, autor nie godzi się, podnosząc słusznie, iż nie można mówić o zwiększonej wydatności spostrzegania tam, gdzie chory wskutek korefabulacyi wymienia więcej liter, niż mu pokazano. — Z tablic ustawianych przez autora okazuje się, iż ilość wogóle wymienionych liter nie ulega w porażeniu postępowem z dnia na dzień żadnym niemal zmianom, — ale że jest przeciwnie dla każdego chorego ilością stałą. Ta stała ilość wynosiła przy eksponowaniu 3 liter średnio dla jednych chorych 0·98, dla innych 5·2, — przeważnie jednak 2·77, co odpowiada stosunkom, znalezionym przez innych autorów u osób zdrowych. Pamiętać jednak należy, że autor naumyślnie do swych doświadczeń posługiwał się przypadkami porażenia postępującego, niezbyt daleko posuniętymi. Zestawiając ilość błędnych i trafnych odpowiedzi przekonał się autor, iż w ogromnej większości przypadków ilość trafnych odpowiedzi była większa, niż błędnych, tudzież, że ilość błędów malała, gdy ilość trafnych odpowiedzi rosła. Stąd też na tablicach gra-fi

cznych, przez autora zestawionych, krzywe trafnych i błędnych odpowiedzi przebiegają w większości przypadków symetrycznie, w niektórych jednak równolegle, t. j. iż obie ilości równomiernie wzrastały lub malały, w innych wreszcie, najmniej licznych, przecinały się, to znaczy, iż stosunek ilości trafnych i błędnych odpowiedzi ciągłej ulegał zmianie.

Autor swój materyał rozpatrywał także pod względem zdolności lokalizowania. W tym celu chory badany musiał nietylko wymienić spostrzeżone litery, ale także podać, w którym kwadraciku wymieniona przez niego litera się znajdowała. Dla każdego chorego można było przez obliczenie wynaleść liczbę średnią trafnych lokalizacyi, a liczba ta w ciągu 5 dni doświadczeń nie zmieniała się niemal zupełnie, zdawała się zależeć od liczby trafnie wymienionych liter o tyle, iż była największą u tych chorych, którzy potrafili najwięcej liter pokazanych trafnie wymienić.

Chcąc oznaczyć wpływ wprawy na zdolność spostrzegania zliczał autor ilość trafnych i ilość błędnych odpowiedzi, otrzymanych w dwóch pierwszych dniach badania i zestawiał otrzymane cyfry z odpowiedniemi ilościami ostatnich dwóch dni badania. Okazało się, iż tylko w bardzo nieznacznej ilości przypadków wprawa ma wpływ wyraźnie korzystny i to tylko w stopniu nieznacznym. W większości przypadków natomiast albo nie było zupełnie żadnego wpływu wprawy, albo też nawet przeciwnie: liczba odpowiedzi trafnych była w dwóch ostatnich dniach mniejsza, a błędnych większa, niż w pierwszych dwóch dniach. W każdym razie z doświadczeń autora wynika, iż w porażeniu postępowem zdolność do wprawiania się jest albo zupełnie zniesiona, albo w porównaniu z osobnikami zdrowymi przynajmniej wybitnie zmniejszona.

Aby oznaczyć wpływ zmęczenia, posługiwał się autor następującemi obliczeniami. Ilość odpowiedzi błędnych i ilość trafnych z 25 pierwszych doświadczeń porównywał z 25 doświadczeniami pozostałemi, dokonanemi tego samego dnia. Stosunek tych ilości do siebie uważa autor za wyraz zmęczenia, jakie występowało jednego dnia i nazywa je zmęczeniem częściowem. (Może trafniej byłoby je nazwać zmęczeniem cząstkowem). W przeciwieństwie do tego zmęczenia częściowego nazywa autor zmęczeniem bezwzględnem, absolutnem, to zmęczenie, którego wyrazem jest stosunek sum odpowiedzi trafnych i błędnych, otrzymanych przez dodawanie odpowiednich ilości z 25 doświadczeń wszystkich pięciu dni do analogicznych sum, z drugich 25 doświadczeń w ciągu wszystkich 5 dni. Z takich obliczeń okazało się, iż tylko w niewielu, bo zaledwie w 4 badanych przypadkach można było wogóle wpływ zmęczenia wykazać, a i to w stopniu nieznacznym. Z tych 4 przypadków w dwóch istniało zmęczenie zarówno częściowe, jak i absolutne w powyższem znaczeniu; u dwóch pozostałych istniało tylko zmęczenie absolutne, częściowe zaś pojawiało się w niektórych dniach, w innych nie.

Liczb, otrzymanych przez siebie, a tyczących się występowania zmęczenia w porażeniu postępowem, nie może autor zestawiać z wynikami, otrzymanymi przez innych autorów u osób zdrowych, wskutek tego, iż autorowie ci posługiwali się wręcz odmiennemi metodami. Na podstawie jednak swych badań wypowiada autor przekonanie, iż w porażeniu postępowem zmęczenie albo zupełnie nie występuje, albo w stopniu bardzo nieznacznym; przytem podnosi, iż mówi o zmęczeniu przedmiotowem, to znaczy obniżającem wydatność pracy. To, co niektórzy autorowie, jak n. p. Rauschburg zmęczeniem w porażeniu postępowem nazywają, jest tylko podmiotowem uczuciem zmęczenia się, które autor i wśród swoich przypadków, mianowicie u dwóch chorych zauważył, i to — rzecz szczególna — albo wkrótce po napadzie porażnym, albo przed nim.

Rozpatrzywszy wyniki doświadczeń swych pod względem ilościowym, rozbiera je autor jakościowo. Jakoż wśród pomyłek, popełnianych przez badanych chorych, daje się wydzielić pewna liczba pomyłek, z których jedne autor nazywa pomyłkami optycznemi, a które niewątpliwie zostały wywołane podobieństwem kształtów litery eksponowanej i wymienionej n. p. C. i G., albo O. i Q., tudzież drugie t. zw. akustyczne, mające za przyczynę podobieństwo dźwiękowe, zachodzące między literą głośno odczytaną w czasie ekspozycyi, a literą wymienioną później, n. p. T. i D., lub P. i B. Pomyłki powstałe po wydzieleniu akustycznych i optycznych pomyłek nazywa autor absolutnemi. Jest rzeczą jasną, iż psychologicznie, a zwłaszcza psycho-patologicznie, zupełnie inna jest wartość pomyłek absolutnych, a akustycznych względnie optycznych. W badanych przypadkach odsetek akustycznych i optycznych pomyłek wynosił u niektórych chorych 41, a nawet 51 wszystkich pomyłek (n. p. w przypadku I. i XII.): stąd wniosek, iż w tych przypadkach zdolność spostrzegania jest znacznie lepsza, niżby to się na podstawie bezwzględnych ilości odpowiedzi trafnych i błędnych wydawać mogło. W żadnym jednak z pomiędzy badanych przypadków nie brakło pomyłek absolutnych: przeciwnie, we wszystkich, z wyjątkiem dwóch, wspomnianych powyżej, stanowiły pomyłki absolutne przeważającą, często ogromną większość. Pomyłki optyczne były, z wyjątkiem jednego przypadku, zawsze znacznie liczniejsze, niż akustyczne. Autor w dwóch tablicach przedstawia rodzaje pomyłek i ich częstość, przyczem uderza ogromna stosunkowo częstość zamieniania M. i N.

Bardzo ważną rolę przy powstawaniu pomyłek odgrywała perseweracya, objawiająca się w doświadczeniach autora w tem, iż chory wymieniał jako widziane na eksponowanej tabliczce litery, których na niej nie było, ale które się znajdowały na jednej z poprzedzających tabliczek. Ten rodzaj perseweracyi, trafiający się także u zdrowych osób, występował u niektórych badanych chorych nader często (tak w przypadku III., IV. i IX.), w innych znacznie rzadziej, lub zgoła nie.

Oprócz powyższego rodzaju perseweracyi w nielicznych z badanych przez siebie przypadków spostrzegł autor zjawisko już wprost chorobliwej perseweracyi, a mianowicie, iż chorzy wymieniali nie litery, znajdujące się na poprzednio widzianych tabliczkach, zamiast liter świeżo widzianych, ale kilkakrotnie, stale i uporczywie powtarzali litery istotnie na ostatniej tabliczce widziane, a już wymienione. Ten rodzaj perseweracyi istnieje tylko jako zjawisko chorobowe, a autor mógł go stwierdzić w dwóch przypadkach (III. i IV.).

U osób zdrowych perseweracya liter z poprzednich tabliczek dotyczy zarówno tych liter, które przy ekspozycyi poprzedniej tabliczki zostały wymienione, jak i tych, których badany nie wymienił, a z zestawień Finciego, który w tym kierunku przeprowadzał badania, wynika, iż u osób zdrowych częstość perseweracyi liter poprzednio wymienionych i niewymienionych jest jednakowa. Autor natomiast, badając tylko samych chorych na porażenie postępowe, ani razu nie spostrzegł persewerowania liter poprzednio niewymienionych, ale przeciwnie, jedynie litery wymienione przy poprzednich ekspozycyach ulegały przy następnych perseweracyi.

W dalszej części swej pracy omawia autor wyniki swych doświadczeń pod względem zdolności zapamiętywania u chorych na porażenie postępowe. Doświadczenia polegały tutaj na tem, iż z 50 ekspozycyi, stanowiących doświadczenie jednego dnia, przy 9 pierwszych miał badany wymienić litery, widziane bezpośrednio po ukończeniu ekspozycyi; przy 8 następnych wymienianie liter następowało po upływie 15 sekund; przy następnych po 30 sekundach; przy następnych 8 znowu po 15 sekundach, a przy ostatnich 9 znowu bezpośrednio po zniknięciu tabliczki z literami. (Odstępy = 0,15,30 sekund). Okazało się z tych doświadczeń, że czas, jaki upływał między ekspozycyą, a wymienianiem, nie wpływał zupełnie na ilość liter wogóle wymienianych (błędnie, czy trafnie), natomiast czas ten bardzo silnie zmieniał stosunek ilości odpowiedzi trafnych do ilości odpowiedzi błędnych, i to na niekorzyść ilości trafnych odpowiedzi.

Z porównywania późniejszych seryi doświadczeń nad zapamiętywaniem z wcześniejszemi wynika, iż korzystny wpływ wprawy okazywał się znacznie wyraźniej przy badaniu zdolności zapamiętywania, aniżeli przy doświadczeniach nad spostrzeganiem. Natomiast wpływ zmęczenia na zdolność zapamiętywania objawiał się tylko w nieznacznym stopniu.

Porównując perseweracye, jakie występowały, jeśli nie było odstępu między chwilą ekspozycyi, a wymienianie widzianych liter z perseweracyami, otrzymanemi przy odstępach 15 i 30-sekundowych, sądzi autor, iż przy doświadczeniach z odstępami ilość perseweracyi wzrastała, a także sięgała bardziej wstecz. Gdy bowiem przy braku odstępów persewerowane zostawały litery, widziane na jednej z dwóch conajwyżej tabliczek wstecz, to przy odstępach pojawiały się perseweracye, tyczące się liter widzianych na 1—8., a nawet 13-tej tabliczce wstecz.

Oto są główne wyniki, do jakich autor w swej pracy dochodzi.

Znaczna liczba tablic, graficznych zestawień i krzywych objaśnia tę pracę — i sprawia, iż mimo pewnych usterek stylistycznych, może niedość dokładnej korekty i tu i owdzie niedość wyraźnego przedstawienia, — myśl autora tłómaczy się jasno. Niektóre wnioski autora wydają się jednak przy zestawieniu ich z wynikami, podanymi na tablicach, zbyt pospieszne: tak n. p. ogólny wniosek o znacznym wpływie odstępów (interwalów) na

perseweracye wydaje mi się niedość koniecznie wypływać z odpowiedniej tablicy, (Tabl. XVI.).

Nowość i ścisłość użytej metody nie pozwala w dostatecznej mierze porównywać wyników, otrzymanych przez autora u chorych na porażenie postępowe z wynikami, do jakich doszli inni badacze u osób zdrowych; sam zaś autor nie przeprowadzał porównawczych doświadczeń zapomocą swej techniki u ludzi prawidłowych.

Są to jednak zbyt drobne usterki, aby miały wpływać na wartość całości pracy, będącej owocem żmudnych, a z wielką pilnością i ścisłością dokonanych doświadczeń, tem więcej, iż z natury rzeczy wartość takiej pracy mniej na wnioskach polega, a bardziej na uzyskanych wynikach, i to wynikach, otrzymanych w tym wypadku zapomocą nowej lub przynajmniej znacznie ulepszonej techniki. Sam zaś plan i metoda, według których doświadczenia zostały przeprowadzone, może służyć wprost za wzór dla tego rodzaju badań.

Nie ulega żadnej wątpliwości, iż pracą swą uczynił autor krok naprzód na drodze ścisłego, dającego się wyrażać liczbami badania chorych umysłowych, a zapominać nie można, iż droga to — dziś przynajmniej — jedyna, na jakiej można się spodziewać rozwiązania najważniejszych zagadnień z zakresu psychiatryi.

Dr A. Rydel.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Becker. **Przyczynek do stosowania prądu galwanicznego w codziennej praktyce.** (Elektroliza wrzodzianki, galwanizowanie zapalenia najądrza). (*Mediz. Klinik* 1909, Nr 6). Leczenie elektrycznością może i lekarzowi-praktykowi oddać cenne usługi, n. p. przy wrzodziance i zapaleniu najądrza. Przy wrzodziance wyzyskuje się działanie elektrolityczne. Anodę, zmoczoną słoną wodą, bierze chory do ręki, a katodę, opatrzoną igłą, wbija się we wrzodziankę, puszczając prąd o sile 0,2 M. A., dochodząc potem do 2 M. A., poczem (trwa to 3—5 minut), zmienia się prąd, przez co igła staje się anodą na 2 minuty; potem jeszcze raz zmienia się prąd na 3—5 minut. Zwykle po wyjęciu igły udaje się potem wrzodziankę dokładnie odczyścić i założyć mały tamponik; w razie braku wybitnej poprawy należy na 2. lub 3. dzień ponowić elektrolizę. Chorzy wolą ten sposób leczenia, niż nacięcie. Galwanizowanie przy zapaleniu najądrza jest środkiem, zdaniem B., wprost nieocenionym. Już na drugi dzień chory czuje ulgę, a wyleczenie następuje w 5—8 dni. Używać należy prądu około 0,2 M. A przez 3—5 minut. *A.*

Müller. **Promienie Röntgena na usługach lecznictwa.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 5). Dotychczasowe próby leczniczego działania promieni Röntgena uznać należy za bardzo pomyślne. Odnosi się to zwłaszcza do chorób skórnych. Wprost nieocenione usługi oddaje to leczenie przy figówce (*sycosis*), i to tak zwykłej, jak i pasorzytowej, i to nawet w przypadkach zaniedbanych. Oczywiście pamiętać należy o tem, że przewlekła figówka skłonną jest do nawrotów, lecz te leczą promienie szybko. M. poleca przy figówce naświetlać do 6 minut i nie używać po kolei bez przerwy więcej, niż 2—3 dawek. Również korzystne wyniki osiąga się przy trądziku i zapaleniu mieszków włosowych, strupniu woszczynowatym i strzygawicy (*trichophytie*). Natomiast przy nadmiernem uwłosieniu należy w leczeniu promieniami zachować ostrożność, albowiem zamieniamy tu ze względów kosmetycznych jednę wadę w drugą, t. j. uwłosienie na plamy barwikowe, zanik i pomarszczenie skóry. Często promienie leczą też różne wypryski i łuszczycę, należy tu jednak używać słabych naświetlań, bo skóra wtedy jest zwykle nader czuła. Przy łuszczycy należy też co pewien czas celem zapobiegania nawrotom stosować »naświetlania zapobiegawcze«. Znakomicie działają promienie przy usuwaniu brodawek i liszaja, a nieraz korzystnie przy toczniu, należy tu jednak być cierpliwym. Nieco już sceptyczniej zapatrywać się należy na leczenie promieniami nowotworów, bo tu często wyleczenia są pozorne. Niektóre mięsaki, n. p. limfatyczne, znikają czasem zdumiewająco szybko; tak n. p. w jednym przypadku M. wśród leczenia znikły ogromne guzy na szyi niemal w 24 godzin nagle. Przy białaczce próbować należy jeszcze dalej ostrożnie tego leczenia. Przy innych cierpieniach, jak dychawicy oskrzelowej, wolu, przeroście sterczu i t. p. osięga się, jak dotąd, bardzo różne i niestałe wyniki. *K.*

Sauerbruch. **Leczenie naczyniaków marznącym kwasem węglowym.** (*Zentralbl. f. Chir.* 1909, Nr 1). S. poleca do leczenia naczyniaków sposób, który widział w Chicago. Naczyniak pokrywa się warstewką gazy i na nią puszcza z bomby silnym strumieniem bezwodnik kwasu węglowego. Na naczyniaku tworzy się śnieg, który powinien tam leżeć 10—20 sekund. Marznięcie to wywołuje kurczenie się naczyń i niedokrwienie, a stosowane systematycznie co 8—10 dni, wywołuje w końcu zanik naczyniaka. Leczenie to stosować należy cierpliwie dopóty, aż naczyniak zniknie. *K.*

Rehn. **W sprawie leczenia płaskich raków skóry.** (*Münch. med. Wochs.* 1909, Nr 4). Na podstawie badania drobnowidowego rzekomo wyleczonych płaskich raków skóry, dowodzi R., jak często to wyleczenie jest pozornem. Choć w samej bliźnie niema nawrotu, to jednak często w okolicy spotyka się rozsiane ogniska. Nieraz n. p. pod wpływem leczenia maściami, pastami i t. p. owrzodzenie skórne goi się, a rak w głębi szerzy się dalej. To samo powiedzieć też można o leczeniu raków skóry promieniami Röntgena. Tu gojenie zewnętrzne łudzi nas i tracimy sposobność usunięcia cierpienia doszczętnie w zarodku nożem. R. wobec swoich spostrzeżeń radzi co do zachowawczych sposobów leczenia płaskich raków skóry zachować ostrożność. *K.*

Prof. Chiari. **W sprawie ropień jam bocznych nosa.** (*Med. Klinik* 1909, Nr 5). Ch. omawia sprawę ropień jam bocznych nosa ze względu na potrzeby lekarza praktycznego, podając wskazówki rozpoznawcze i nie zapuszczając się w zagadnienia specyalne. O ile nie umie się rozpoznawać dobrze ropień jam bocznych nosa, to doczekać się można przykrych powikłań. Ropienia te wpadają same w oczy dopiero wtedy, gdy ściana jamy bardzo się wypukli lub gdy nawet utworzy się przetoka na zewnątrz. Najczęstszą przyczyną ropienia są ostre nieżyty nosa, zwłaszcza po chorobach zakaźnych, n. p. grypie, ostrych wysypkach i t. p. Ropienia jamy szczękowej mogą też brać początek od zęba, inne od ciał obcych, gruźlicy, kiły i t. p. Najtrudniej rozpoznać ropienie przewlekłe. Tu głównym objawem jest ropny wypływ z nosa. Podobny obraz daje przewlekły nieżyt, kiła, obecność ciała obcego i ozena. Ropienie jamy poznajemy po tem, że ropa wypływa jednym otworem nosowym i najsilniej zrana, gdyż w nocy zbiera się jej w jamie najwięcej. Ropa bywa rzadką i niebardzo cuchnącą, przynajmniej nie czuje tej woni otoczenie, lecz najwyżej sam chory. Przy ozenie natomiast chory nie czuje przykrej woni i dziwi się, że otoczenie na to narzeka. Przy badaniu wziernikiem stwierdza się, że ropa dobywa się zawsze z jednego miejsca. Najczęściej ulega zajęciu jama szczękowa, potem czołowa, sitowa i klinowa. Ropienie jamy szczękowej z wolnym odpływem cechuje brak bolu, a przy badaniu wziernikiem widać, że ropa dobywa się na zewnątrz od przedniego końca średniej małżowiny. Pewność rozpoznawczą daje zwykle dopiero prześwietlenie jamy (lampkę elektryczną wkłada się w ciemnym pokoju do ust chorego). Chora strona prześwietla się mniej. Pewność daje aspiracya ropy i próbne przepłukanie. Cenne usługi oddaje też rentgenografia. Przewlekłe ropienia jamy czołowej cechuje ból przy opukiwaniu czoła; nieraz tamże spotykamy obrzęk skóry. Prześwietlenie wiele sprawy nie rozjaśnia. Natomiast pewność daje sondowanie kanału nosowo-czołowego i wypłukanie, co jednak jest już rzeczą specyalisty. Ropienia jamy czołowej mają wielką skłonność do przebijania się do oczodołu lub wnętrza czaszki. Ropienia przednich jam sitowych cechuje silne obrzmienie małżowiny średniej; ścisłe rozpoznanie zostawić należy specyaliście. Ropienia jamy klinowej cechują często silne bole głowy, zwłaszcza tyłogłowia. Ropa zjawia się zwykle między średnią małżowiną i przegrodą, i zasycha w strupy. Badanie rentgenowskie oddaje nieraz cenne usługi, ale nie może zastąpić sondowania i przepłukania próbnego. *A.*

Loges. **Przypadek pourazowej przepukliny płucnej.** (*Münch. med. Wochs.* 1908, Nr 51). Pewien robotnik zraniony został nożem w r. 1899 w lewą górną część klatki piersiowej od przodu. Po zagojeniu się rany zaczął występować w tem miejscu guz z początku wielkości orzecha włoskiego, zwolna powiększający się. Od tego czasu ciągły kaszel i często krwioplucie, w ostatnich czasach coraz silniejsze. Badanie wykazało przepuklinę płucną, łatwo odprowadzić się dającą, wielkości pięści, wychodzącą między 3—4. żebrem ze strony lewej od przodu. Przewlekłe zapalenie oskrzeli, lekka rozedma płuc. Badanie co do gruźlicy z wynikiem ujemnym. Polecono spokojne leżenie w łóżku, leczono nieżyt oskrzeli i zastosowano odpowiednią opaskę na przepuklinę. Przypady ustąpiły zupełnie, krwio-

płucie nie zjawiło się ani razu. Po 2 miesiącach zjawił się chory znowu z krwiopluciem, i przyznał się, że opaski nie nosił wcale. Zastosowano to samo leczenie i znowu wynik był doskonały. — Przepukliny pourazowe płuc bez złamania żeber należą do rzadkości. Krwioplucie powstaje wskutek naciągania się płuca przy kaszlu w przepuklinie. Rokowanie jest dobre, bo nieliczne wprawdzie, jak dotąd, spostrzeżenia wykazują, że przy noszeniu paska często przepukliny takie znikają. U chorego Logesa jednak przepuklina zupełnie może nie zniknie, bo wrota są już za szerokie i przepuklina za duża. Nosząc opaskę, niema jednak chory żadnych przypadłości. *K.*

Levy-Dorn. **O wartości telerentgenografii dla badania narządów klatki piersiowej**. (*Med. Klinik.* 1908. Nr 48). Promieni Röntgena używamy w podwójnym celu, 1) aby zobaczyć ciała, których inaczej widzieć nie możemy, 2) aby ocenić ich położenie, wielkość, kształt i t. d. Do pierwszego celu wystarcza prześwietlenie zwykłe, natomiast do drugiego celu potrzeba już specyalnych urządzeń, gdyż przy zwykłem prześwietlaniu obrazy przedmiotów wydają się znacznie większe. Jeżeli więc chcemy uzyskać obrazy ściśle tej samej wielkości, co badany przedmiot, używać musimy do tego równoległych projekcyi, a to możemy osiągnąć dwojaką drogą: 1) Ustawiamy lampę tak daleko od obrazu, że kąt rozbieżności promieni nie wchodzi już w rachubę (im lampa bliżej, tem rozbieżność promieni większa); 2) otrzymujemy obraz za pomocą cienkiego snopa promieni w pobliżu, oglądając kolejno wszystkie punkty obrazu. Równoległe promienie padać powinny na płytę pod kątem prostym, by przez to i różni badacze i ten sam badacz w różnych chwilach otrzymywali tę samą wielkość przedmiotu. Obrazy narysowane w ten sposób zowiemy ortorentgenogramami. Badanie z oddali uskuteczniać możemy u chorego, siedzącego w tymsamym pokoju (np. z odległości 2 metrów), u leżącego zaś w ten sposób, że lampa znajduje się w pokoju o piętro niżej i przez otwór w suficie naświetla się chorego. Telerentgenografia nadaje się zwłaszcza do badania zarysów przepony, wysięków, nacieków, siedziby ciał obcych i t. p. Badanie to jednak wymaga już kosztowniejszych urządzeń i zużywa więcej lampy, dlatego też wielu lekarzy przekłada sposób badania z blizka. *K.*

Położnictwo i ginekologia.

Prof. Rossi Doria. **O wieku pierwszego miesiączkowania we Włoszech i o stosunku między niem, a rozwojem miednicy.** (*Arch. f. Gyn.* tom 86, zeszyt 3). Zważywszy, że na okres pokwitania płciowego przypada główna czynność rozwojowa wszystkich tkanek, a szczególnie kości, zwrócił autor uwagę na rozwój miednicy w tym czasie i zauważył, że częstość występowania nieprawidłowych miednic o wiele jest większą u kobiet, u których pierwsza miesiączka wystąpiła o wiele później lub o wiele wcześniej, aniżeli zwykle (14 lat, 3 m.). Wiadomo, że u osób, u których wyjęto gruczoły płciowe (jajniki, jądra), już w krótki czas potem występują nieprawidłowości w budowie kośćca; autor stara się także i związek ścieśnień miednicy z początkiem miesiączkowania wytłómaczyć wpływem jajników na rozwój układu kostnego, a szczególnie miednicy, tembardziej, że za tem przemawia wiele jeszcze innych faktów (zmięknienie kości, a wytrzebienie i i.). Ponieważ zaś na wcześniejsze lub późniejsze wystąpienie pierwszej miesiączki, ma oprócz rasy, klimatu i szerokości geograficznej ważny wpływ położenie i otoczenie społeczne, sposób życia, wykształcenie i wychowanie, odżywienie i mieszkanie, możemy przez odpowiednie uregulowanie tych czynników wpłynąć pośrednio na rozwój miednicy kobiecej. Jeżeli więc wczesny okres dzieciństwa u dziewcząt otaczamy troskliwą opieką, to tembardziej należy to czynić w okresie pokwitania płciowego; korzystny wpływ na prawidłowy rozwój miednicy u dziewcząt mógłby przecież mieć ważne znaczenie społeczne. Przedewszystkiem więc należy się starać o odpowiednie i obfite odżywienie, spokój fizyczny i umysłowy. Młode dziewczęta nie powinny więc pracować nad siły, jak to się właśnie dzieje w fabrykach, a rodzice nie powinni swych córek zbyt wczas rano wysyłać do pracy i nie przeciążać robotami domowemi. Zważywszy na wielką skłonność dziewcząt w tym wieku do znużenia, nie powinny ich nauczycielki zmuszać do wytężającej pracy umysłowej; prawodawcy wreszcie powinni stosunki te uregulować zapomocą ustaw. Niemniej ważny jest spokój dla układu nerwowego dziewcząt, szczególnie w tym wieku wrażliwym. Powinny więc dziewczęta unikać wszelkich podrażnień natury chemicznej (kawa silna, wino, likiery i i.) lub psychicznej z podkładem erotycznym (obrazy, rozmowy, szczególnie w godzinach wieczornych, tańce). O objawach czynności narządu rodnego powinny dziewczęta otwarcie pouczyć matki lub nauczycielki, nie czekając, aż się o tem dziewczęta dowiedzą w sposób tajemniczy od swych przyjaciółek. W szkołach powinny dziewczęta pozostawać pod nadzorem lekarza, któryby szczególną uwagę zwracał na prawidłowy rozwój układu kostnego, a przedewszystkiem miednicy (przez pomiary). Przeciw zmianom w rozwoju kośćca należy już wczas zalecić leczenie ortopedyczne w połączeniu z odpowiednimi środkami leczniczymi. W przypadkach niedostatecznej czynności jajników należy wcześnie podawać przetwory jajnikowe, które równie dobrze działają przeciw innym także dolegliwościom, występującym u dziewcząt w okresie pokwitania, jak bole głowy, grzbietu, bezsenność, przypadłości asteniczne. *E. Ehrenpreis.*

Doc. Seitz. **Przyczynki do kliniki, statystyki i leczenia rzucawki porodowej** (*eclampsia*). (*Arch. f. Gyn.* t. 87, z. 1). Pierwsi Schmorl i Lubarsch stwierdzili, że obraz anatomo-patologiczny u kobiet, zmarłych wskutek rzucawki, jest tak charakterystyczny, iż na podstawie samego wyniku sekcyi można tę chorobę na pewno rozpoznać nawet, jeżeli za życia brakło najważniejszego objawu klinicznego, t. j. drgawek. Zmiany w narządach polegają na zwyrodnieniach, jakoteż ogniskach martwicy w sercu, wątrobie i nerkach, na krwotokach i ogniskach rozmięknienia w mózgu i na mnogich zakrzepach w naczyniach. Nasilenie i rozległość tych zmian zależą, jak przy każdem zatruciu, od ilości trucizny, od czasu, w którym ona dostała się do ustroju i od skłonności osobnika. Schmorl sądzi, że w przebiegu rzucawki nie powstają drgawki, albo jeżeli zatrucie jest tak silne, że wywołuje odrazu porażenie ośrodkowego układu nerwowego, albo jeżeli nie doszło jeszcze do tego stopnia podrażnienia, który jest konieczny do wywołania drgawek; według Bruneta zaś nie powstają drgawki, jeżeli z powodu krwotoków mózgowych nastąpi przerwanie dróg nerwowych. Autor zbija powyższe przypuszczenia, gdyż trucizna, właściwa rzucawce, wytwarza się w ustroju powoli i stopniowo dochodzi do wielkich ilości; dziwnemby było, dlaczego konieczny stopień podrażnienia nie miałby być osiągnięty właśnie w tych przypadkach, w których sekcya wykazuje najcięższe zmiany w narządach. Należy raczej przypuścić, że trucizna, właściwa rzucawce, zawiera dwa składniki, jeden ogólno-toksyczny, a drugi swoiście wywołujący drgawki. Zależnie od przewagi jednego lub drugiego składnika dochodzi raz do najcięższych zmian anatomicznych i zejścia śmiertelnego, mimo że drgawki zupełnie nie wystąpią, drugi raz zaś drgawki opanowują cały obraz chorobowy. Między typową rzucawką z drgawkami i bez nich istnieją postacie przejściowe, w których drgawki występują tylko w pojedynczych częściach ciała, n. p. w jednej kończynie, w twarzy i t. p.; autor wybrał dla nich nazwę napadów szczątkowych lub poronnych. Wspólnym objawem wszystkich postaci rzucawki jest tylko śpiączka (*coma eclampt.*). W ostatnich czasach starano się na podstawie pewnych objawów rozpoznawać rzucawkę w tych nawet przypadkach, w których do drgawek nie doszło i chore zostały przy życiu. Do objawów tych należy: obfity i szybko ustępujący białkomocz, upośledzenie aż do utraty przytomności, ćmienie przed oczyma aż do zupełnej, choć tylko przejściowej ślepoty, ogólny niepokój mięśniowy, napięte tętno, wzmożone ciśnienie krwi i i., trwające kilka godzin, poczem objawy te powoli ustępują, a po dalszym śnie i wystąpieniu obfitych potów zupełnie znikają. Autor sądzi, że podobnie, jak w padaczce, mogą w rzucawce, zamiast drgawek wystąpić inne objawy, i proponuje dla tych postaci nazwę równoważników rzucawki. — Zastanawiając się nad pytaniem, które części układu nerwowego największej doznają szkody w przebiegu rzucawki, sądzi autor, że przednie części kory mózgowej; za tem przemawiają: ogólny niepokój ruchowy, omamy, zwykle bardzo głęboka śpiączka i nie tak rzadkie psychozy, występujące w jakiś czas po ustaniu napadów. Na podstawie dat statystycznych stwierdził autor, że psychozę porzucawkową poprzedzało 2—3 razy tyle napadów, aniżeli w tych przypadkach, które się skończyły wyzdrowieniem lub śmiercią położnicy. Statystyki wykazują dalej, że średnio w przebiegu rzucawki bywa napadów drgawek 8, i że śmiertelność nie wzrasta proporcyonalnie do ilości napadów. Wyniki te stoją w sprzeczności z dotychczasowem twierdzeniem: im więcej napadów, tem gorsze rokowanie, i z dotychczasowem pojęciem o działaniu trucizny, właściwej rzucawce, a potwierdzają raczej przypuszczenie autora, że trucizna ta zawiera dwa składniki. Tylko w ten sposób można sobie wytłómaczyć, dlaczego jedne kobiety znoszą kilkaset napadów, a u innych śmierć występuje już po pierwszym; za tem pojmowaniem rzeczy przemawia także tak zmienny obraz anatomo-patol. Autor rozróżnia 3 postacie rzucawki: 1) gdzie prze-

waża trucizna ogólno-ustrojowa, wywołująca wówczas ciężkie zmiany w sercu, wątrobie i nerkach, i zejście śmiertelne nawet bez drgawek lub po pierwszym napadzie, 2) gdzie oba składniki trujące znajdują się w równej ilości, i 3) gdzie trucizna nagabuje przedewszystkiem ośrodki psychomotoryczne i wywołuje jeden napad po drugim, a mimoto chore często wracają do zdrowia, bo narządy wewnętrzne były mało uszkodzone. Wreszcie omawia autor wpływ rozwiązania rodzącej na rzucawkę. Przyjmując, że choroba ta jest zatruciem wychodzącem z płodu, czy łożyska, i sądząc z przypadków, gdzie napady ustawały po obumarciu płodu, jakoteż z mniejszej śmiertelności przy rzucawce połogowej, należało przypuścić, że rozwiązanie będzie miało wpływ korzystny. Statystyki wykazują, że prawie w połowie wszystkich przypadków drgawki ustępowały zaraz po porodzie, bez względu na to, czy on był samorodny, czy operacyjny. Nie znaczy to jednak, że i choroba ustąpiła; statystyki wykazują, że mimo ustania napadów po porodzie, 20% tych chorych jeszcze umiera, co znowu dowodzi, że z ilości napadów nie można wnosić o ciężkości zatrucia. Miarą dla stwierdzenia wpływu rozwiązania może być jedynie obliczenie śmiertelności, i to tylko na podstawie tych przypadków, w których zaraz po wybuchu rzucawki istotnie chorą rozwiązano, bez względu na stan dróg porodowych. Pod tym względem dało się stwierdzić, że istotnie śmiertelność tem była mniejsza, im szybciej po pierwszym napadzie kobietę rozwiązano. Gdy śmiertelność przy postępowaniu zachowawczem wynosi 28·6%, to przy przyspieszeniu porodu już tylko 15—18%, a przy natychmiastowem rozwiązaniu zaraz po wybuchu choroby 6·5%. Zdaje się więc, że wczesne i szybkie rozwiązanie daje obecnie najlepsze wyniki lecznicze. Autor poleca przeto przy utrzymanej szyjce, pochwowe cięcie cesarskie; rozszerzanie jej przyrządem Bossiego okazuje się niebezpieczne. Przy zatartej szyjce, lecz nie rozszerzonem jeszcze ujściu macicy, radzi autor nacięcia według Dührssena, albo bardzo ostrożnie zastosowany rozszerzacz Bossiego. Ponieważ metody te najlepiej i najpewniej dają się zastosować w zakładach leczniczych, należy każdą chorą na rzucawkę przewieść o ile możności szybko do najbliższego zakładu położniczego. Gdzie to jest niemożliwe, pozostaje lekarzowi albo szybkie rozszerzenie ujścia balonem, albo obrót metodą Braxtona-Hicksa z następnem wolnem wydobyciem płodu. *E. Ehrenpreis.*

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie dnia 1 lutego 1909.

1) K. Kostanecki przedstawia pracę własną p. t.: **Sztuczne pobudzenie jajek Aricii do rozwoju partenogenetycznego.** Autor starał się w miesiącu marcu i kwietniu na materyale stacyi zoologicznej w Neapolu wywołać sztuczną partenogenezę u rozmaitych gatunków annelidów, stosując różne metody. Jedynie jajka Aricii okazały się do tego celu podatne. Umieszczał je na 2—3 minut w wodzie morskiej z dodatkiem 10% $^1/_{10}$ n. kwasu azotowego, a po wypłukaniu w wodzie poddawał je działaniu wody morskiej z dodatkiem 10% $2^1/_2$ n. chlorku potasu. Na części jajek tworzyła się błona, następnie wydzielały się dwa ciałka kierunkowe, poczem jajka dzieliły się, albo tak samo, jak zapłodnione, w dwie nierówne, albo też we dwie równe komórki. Niektóre dzieliły się w dalszym ciągu na cztery, sześć lub osiem komórek. Dla porównania badał autor w skrawkach przebieg zapłodnienia u Aricii, a porównywając skrawki jajek rozwijających się partenogenetycznie stwierdził, iż wydzielanie ciałek kierunkowych odbywa się u nich w zupełnie ten sam sposób, jak w jajkach zapłodnionych; po wydzieleniu drugiego ciałką kierunkowego z pozostałych chromosomów tworzy się pęcherzykowate jądro, przy którem pojawia się najpierw jajko, potem dwa promieniowania, poczem tworzy się wrzecionko pierwszego podziału. Dodatkowe promieniowania w plazmie ani podczas wydzielania ciałek kierunkowych, ani też podczas tworzenia się wrzecionka pierwszego podziału nie występują. Często spotyka się nieprawidłowe figury mitotyczne, polegające przeważnie na tem, że ciałka kierunkowe albo wcale nie wydzielają się, albo wydziela się tylko jedno, a w jajku tworzą się figury wielobiegunowe, albo też kilka jąder; czasem jajka, które wydzieliły tylko jedno ciałko kierunkowe, dzielą się na dwie i cztery komórki.

2) N. Cybulski zdaje sprawę z pracy Dra Leona Chwistka p. t.: **O zmianach peryodycznych treści obrazów widzianych.** Autor opisuje zjawisko, polegające na tem, że obserwacya pewnych obrazów pociąga za sobą peryodyczne zmiany ich treści. Po krótkim przeglądzie metod, które stosowano przy pomiarach tych zmian, zestawia wyniki doświadczeń. W dalszym ciągu podaje autor wyniki pomiarów zmian peryodycznych, należących do różnych dziedzin znanych, a zestawiwszy ich wyniki z wynikami poprzednimi dochodzi do wniosku, że peryodyczne zmiany treści obrazów stanowią odrębną kategoryę oscylacyi obrazów widzianych.

(Treść 9 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Krakowskie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 3 lutego 1909 r.

Przewodniczący wiceprezes Mięsowicz. Obecnych członków 26.

1) Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

2) Kol. Przewodniczący w myśl przedstawienia na posiedzeniu poprzedniem proponuje na członków honor. Prof. Marsa i Gluzińskiego.

Prof. Ciechanowski motywuje ten wniosek imieniem komitetu. Wniosek przyjęto przez aklamacyę.

3) Kol. Rutkowski przedstawia dziecko 7-miesięczne, dotknięte **wodogłowiem wewnętrznem.** W przypadku tym odpreparował R. prawą żyłę skroniową i podwiązawszy jej obwodowe rozgałęzienia, wpuścił obwodowy koniec odpreparowanej żyły do komory mózgowej, (sposób Schmiedena). Po kilku tygodniach, skoro zabieg ten nie sprowadził poprawy, wszczepił R. sposobem Payra żyłę odgoleniową *(vena saphena)*, wyciętą u dorosłej kobiety, długości około 8 cm, do podłużnej zatoki opony twardej tego dziecka, a drugi koniec żyły wpuścił do komory bocznej mózgowej. Dziecko było operowane przed kilku dniami.

W dyskusyi kol. Kader, podnosząc, że drenowanie ma wielkie znaczenie, zaznacza, że drenowano złotemi rurkami we Wrocławiu, wprowadzano też szkło, gallanit (resorbujący się materyał), ale ciała te, jako obce, sprowadzały zakażenie.

Doc. Rutkowski zaznacza, że zasadniczą myślą tego sposobu jest nietylko wytworzenie drenu z tkanki żywej, ale i stworzenie stałego odpływu dla płynu mózgowordzeniowego z komór, do czego najlepiej się nadają drogi żylne.

4) Kol. Pisarski przedstawia przypadek **raka pęcherza** (*carcinoma papilliferum*) u 42-letniego mężczyzny. Mężczyzna ten cierpi od 5 lat na krwiomocz; innych objawów ze strony narządu moczowego nie ma; wywiady w każdym kierunku ujemne. Badanie kliniczne stwierdziło obecność nowotworu, a cystoskopia potwierdziła rozpoznanie. Obraz cystoskopowy, a mianowicie groniastość nowotworu w jego dolnej części, nasunął myśl, że chodzi tu o nowotwór złośliwy. Doc. Rutkowski dokonał w tym przypadku częściowego wycięcia pęcherza, a mianowicie prawej bocznej i przedniej ściany, na którym to odcinku znalazł dwa uszypułowane guzy. Badanie histologiczne stwierdziło raka (*carcinoma papilliferum*). Cystoskopia, dokonana w $1^1/_2$ miesiąca od operacyi, stwierdziła bliznę na prawej bocznej ścianie pęcherza, zresztą stosunki zupełnie prawidłowe.

W dyskusyi stoi kol. Rapaport na stanowisku, że nowotwory złośliwe powinno się operować wewnątrzpęcherzowo. Kol. Pisarski zaznacza, że do zabiegów wewnątrzpęcherzowych nadają się tylko nowotwory niezłośliwe. — Prof. Kader i Doc. Rutkowski stoją na stanowisku doszczętnego operowania nowotworów złośliwych i uznają metodę wewnątrzpęcherzową w takich razach za zupełnie niewłaściwą.

6) Kol. Przewodniczący oznajmia, że wykład kol. Janiszewskiego został odłożony. Sekretarz: *Dr Morawski.*

Towarzystwo lekarskie lwowskie.

III. Posiedzenie naukowe z d. 5 lutego 1909.

I. Prof. Łukasiewicz przedstawia: 1) chorego z **lichen ruber planus;** przypadek o tyle rzadki, że zmiany usadowione są na błonach śluzowych (policzku i brzegach języka); leczenie: wstrzykiwania atoksylu, na błonach śluzowych miejscowo kwas mleczny; 2) chorą z **lichen ruber planus** na udach i goleniach, leczoną arsacetylem z dobrym wynikiem; 3) chorą **z twardziną skóry** (*sclerodermia*) na przedramieniu i ze sklerodaktylią. Ł.

omawia rozpoznanie różniczkowe i leczenie, zaznaczając, że powrót skóry do stanu pierwotnego jest tu wyłączony.

II. Kol. Wallach przedstawia guz **z okolicy kości krzyżowej** u dziecka 4 letniego. Jest to torbiel wielkości dużej pomarańczy, w tej torbieli kawałek jelita, od którego odchodzi twór, przypominający wyrostek robaczkowy. Całość wygląda na **potworniaka**.

III. Kol. Prof. Herman okazuje nerkę gruźliczą, uzyskaną przez **nefrektomię** u kobiety 28-letniej, u której na podstawie objawów podmiotowych i przedmiotowych (stwierdzonych chromocystoskopią, cystoskopem itd.) rozpoznano zajęcie gruźlicze nerki prawej. Prócz kilku prosówkowych gruzełków znaleziono ognisko serowate wielkości 2-halerzówki, komunikujące z miedniczką. Podnieść należy bardzo wczesny okres cierpienia i wybitne upośledzenie czynności tak mało zmienionego narządu. — Dyskusya: Kol. Prof. Gluziński nie przypuszcza, aby tak mała zmiana wywołała tak znaczne upośledzenie czynności nerki; trzeba tu raczej przypuszczać jakieś chwilowe przeszkody w odpływie i t. p. Kol. Prof Rencki jako taką przeszkodę przypuszcza zgrubienie moczowodu. Kol. Prof. Ziembicki mówi o sondowaniu moczowodów. Kol. Prof. Rydygier, odrzucając istnienie przeszkody w odpływie moczu w danym przypadku, wyraża zdanie, że nawet małe zmiany w nerce mogą wywołać obfite wydzielanie moczu i wogóle objawy, które istniały w przedstawionym przypadku. Zdaniem kol. Prof. Sieradzkiego należy zbadać mikroskopowo nerkę, w której rozleglejsze zmiany mogą jeszcze istnieć i tłómaczyć opisane przez prelegenta objawy.

IV. Kol. Hornowski wygłasza wykład: **O przyczynie niejasnych przypadków śmierci po zabiegach operacyjnych.** Na podstawie nader ciekawych badań układu chromochłonnego (*chromaffin*) istoty rdzeniowej nadnerczy i zwojów współczulnych u królików i u ludzi, którzy poddawani byli uśpieniu chloroformowemu i w jakiś czas po niem ginęli, dochodzi H. do wniosku, że stany asteniczne, jakie po operacyach występują, są następstwem wyczerpania się istoty tonizującej nadmiernie wyprodukowanej w czasie uśpienia. Wniosek praktyczny, że w takich stadach astenicznych wstrzykiwanie wyciągów z nadnerczy mogłoby uratować chorego. Nadmienić należy, że, sądząc z doświadczeń na królikach, najniebezpieczniejsze dla ustroju po zabiegach, wykonanych w uśpieniu chloroformowem, są pierwsze trzy doby. H. wspomina nadto o swych badaniach nad zachowaniem się tkanek chromochłonnych u ludzi i zwierząt, które zginęły z powodu zamarznięcia lub oparzenia. — Dyskusya: Kol. Nowicki podnosi niemniej ciekawe zachowanie się istoty chromochłonnej i w innych stanach chorobowych. W badaniach, które obecnie przeprowadza nad zachowaniem się nadnerczy przy rozmaitych schorzeniach nerek u ludzi i zwierząt (wycinanie nerek, wodonercze i t. d.), dalej przy charłactwach pokazuje się, że istota chromochłonna może prawie zupełnie niknąć. Pozostaje to niewątpliwie w związku z zachowaniem się adrenaliny we krwi przy schorzeniach nerek, okoliczności, która rzuca pewne światło na przerosty serca i schorzenia naczyń przy zajęciu powyższych narządów. Kol. Prof. Sieradzki wspomina o nagłej śmierci przy gruźlicy nadnerczy, którą stwierdził w 2 przypadkach. Kol. Prof. Gluziński nie przypuszcza, aby jedynie bądź co bądź oryginalne tłómaczenie kol. H. wyjaśniało przyczynę śmierci pochloroformowej. Braki i znaczne zmniejszenie istoty chromochłonnej, znajdowane przez kol. N. w sprawach klinicznie zupełnie różnych, przemawiałoby tylko za myślą, że owe zaburzenia w nadnerczu, objaśniające się brakiem względnie zmniejszeniem istoty chromochłonnej, a zatem i wydzielania, mogą być jednym z ważnych czynników, prócz innych, śmierć wywołujących. Kol. Kielanowski zapytuje, jak tłómaczy kol. H. prawidłową ilość istoty chromochłonnej u królików, które w czasie samego uśpienia zginęły. Kol. Szumowski wspomina o dawnych zapatrywaniach na czynność nadnerczy. W końcu zabiera głos kol. Hornowski. *Nowicki.*

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne dnia 15. grudnia 1908 r.

Karwacki: **Wiązanie aleksyny, jako metoda dyagnostyczna.** Prelegent wyłuszczył podstawy teoretyczne metody wiązania aleksyny i skreślił historyę odnoszących się tu badań, poczynając od odkrycia Bordeta aż do chwili obecnej. Następnie omawiał zdobycze praktyczne metody ze stanowiska rozpoznawczego. W tych razach, gdy odczyn ma zewnętrzne cechy swoistości, wyniki rozpoznawcze są chwiejne i ustępują aglutynacyi i bakteryolizie. W tych znów razach, gdy próba nie posiada znamion swoistości (dowolny antygen, surowica chorego i aleksyna), dodatni wynik w przymiocie ma pewną wartość praktyczną; w gruźlicy zaś, trądzie i sprawach nowotworowych nawet dodatni wynik nie upoważnia do wniosków rozpoznawczych. W warunkach ścisłej swoistości wiązanie aleksyny dokonywa się nie za pośrednictwem amboceptora bakteryolitycznego, lecz precypityn. Od czego zależy wiązanie aleksyny w przymiocie, sprawach nowotworowych, gruźlicy, trądzie, płonicy, mocznicy i cukrzycy — nie wiemy zgoła. Zanim istota tego zjawiska nie zostanie wyjaśniona, rozpoznanie kliniczne choroby wyłącznie na mocy wiązania komplementu, zdaniem prelegenta, miejsca mieć nie może.

Stanisław Mutermilch w dyskusyi zaznacza, że aczkolwiek nie sprawdziło się założenie teoretyczne, na podstawie którego Wassermann opracował metodę serodyagnostyczną dla przymiotu, to jednakże fakt ten zgoła nie zmniejsza doniosłości tej próby. Jak wiadomo, Wasserman jako antygenu dla swej próby używał wyciągu z narządów kiłowych. Ponieważ wyciąg taki z surowicy chorych na kiłę istotnie wiązał komplement, przeto Wassermann wysnuł stąd słuszny na pozór wniosek, że w surowicy chorych na kiłę znajdują się swoiste względem krętków bladych niweczniki. Późniejsze jednak badania wykazały, że odczyn Wassermanna otrzymać można z surowicy chorych na kiłę również wówczas, jeżeli jako antygenu użyć wyciągu z narządów ludzkich prawidłowych lub zwierzęcych; okazało się nawet, że za antygen służyć mogą również czyste związki chemiczne, jak lecytyna, oleinian sodu i t. p. Okoliczność powyższa niezmiernie powikłała teoretyczną stronę omawianego odczynu; w każdym razie nie może już być mowy o znajdowaniu się w surowicy chorych na kiłę prawdziwych niweczników względem krętków bladych. Pomimo pojedynczych głosów sceptycznych trzeba próbę tę uważać za niezmiernie ważną zdobycz naukową, a porównywanie jej, jak to czyni prelegent, do odczynu durowego Ehrlicha, jest, zdaniem mówcy, nieuzasadnionem lekceważeniem tego doniosłego odkrycia. Mówca oddawna zajmuje się odczynem Wassermanna, do którego posiłkuje się jako antygenem, wyciągiem z serca świnki morskiej. W przypadkach przymiotu w II okresie prawie stale otrzymywał mowca wynik dodatni, u osobników zaś kiłą nie dotkniętych, wynik zawsze bywał ujemny.

Wernic zaznacza, że próba Wassermanna pod względem wartości praktycznej równać się może próbie Widala przy durze. Próba Wassermanna jest próbą ilościową, należy więc zachowywać stosunek pomiędzy jej czynnikami składowymi. Nieścisłe wykonanie metody, a nadewszystko nieprzeprowadzenie kontroli nad antygenem, amboceptorem i aleksyną, są głównymi czynnikomi, wpływającymi na różnorodność wyników wśród badaczów. *I. L.*

Towarzystwo naukowe warszawskie.

Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie w d. 4/II 1909.

1) P. J. Tur: **W sprawie stosunku wielkości ciała zarodka do masy żółtka.** Na podstawie pomiarów, przeprowadzonych nad zarodkami jaszczurki *Lacerta muralis,* oraz nad zmianami indywidualnemi wielkości ich mas żółtkowych, dochodzi autor do wniosku, że niema żadnej zależności stałej pomiędzy wielkością absolutną zarysów samego ciała zarodka — a wielkością kuli żółtkowej.

2) P. M. Liger: **Topografia zwojów nerwowych wewnątrzsercowych u świnki morskiej, myszy białej i człowieka** (przedstawił p. E. Przewoski). Niema specyalnych zwojów w komorach. Wszystkie zwoje, nie wyłączając zwojów, leżących w przegrodzie międzyprzedsionkowej, leżą w tkance łącznej podosierdziowej.

(Treść prac pp. Wóycickiego i Blumenthala, Wrońskiego i Weyberga, omawianych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lek«). *Jan Tur.*

Łódzkie Towarzystwo lekarskie.

Posiedzenie z dnia 4 listopada 1908.

I. Kol. Schönaich: **Popłonicze zapalenie gruczołów chłonnych.** W pewnej liczbie przypadków zapalenie gruczołów chłonnych występuje w okresie pogorączkowym płonicy po zupełnem ustąpieniu pierwotnych objawów zapalenia w gardle, nosie i gruczołach. Tę postać wtórną zapalenia gruczołów opisał w 1905 roku Schick pod nazwą *lymphadenitis postscarla-*

tinosa. Prelegent, opierając się na materyale szpitala Anny-Maryi w Łodzi, opisuje kliniczny przebieg omawianego cierpienia. Przytacza przypadki, w których zapalenie popłonicze gruczołów było jedynem późnem powikłaniem płonicy. Omawiając poszczególne objawy, dłużej zatrzymuje się nad ciepłotą. W przypadkach, w których zapalenie gruczołów występowało samodzielnie, ciepłota podnosiła się zazwyczaj nieznacznie, w przypadkach zaś zapalenia gruczołów, występującego wraz z zapaleniami nerek, wysokie nasilenie ciepłoty występuje częściej. Dalej opisuje prelegent przypadki zapalenia gruczołów, występującego wraz z zapaleniem nerek. Co do czasu występowania, to zarówno zapalenie nerek, jak i zapalenie gruczołów najczęściej występowało od 12-go do 19-go dnia choroby. (Streszczenie własne).

W dyskusyi zaznacza kol. Trenkner, że obrzmienie takie gruczołów spotykał najwcześniej na 11-ty dzień choroby. Kol. Trenkner, jak również w odpowiedzi kol. Schönaich, wygłaszają swe teoretyczne poglądy na przyczyny powstawania tych powikłań.

II. Kol. Perlis przedstawia **raka łechtaczki**, wyłuszczonego u 62-letniej kobiety. Jednocześnie było zajęcie obustronne gruczołów pachwinowych. Tenże przedstawia preparat skóry, zerwanej u robotnika przez pas transmisyjny. Zdarta została skóra z okolicy całego wzgórka łonowego, z prącia, z wyjątkiem skóry na żołędzi, z worka mosznowego, z krocza włącznie z przednim obwodem odbytu. Braki skóry będą pokryte płatami, przeszczepionymi sposobem Thierscha. Uszkodzenia cewki moczowej i jąder nie było.

Sekretarz *J. Michalski.*

Posiedzenie z dnia 18. listopada 1908 r.

1. Kol. Golc przedstawił chorą, skierowaną do niego przez kol. Grabowskiego dla rozpoznania choroby. Kol. Grabowski usunał u chorej tej w marcu r. b. narośl z dolnej małżowiny nosa. Narośl była twarda, bardzo unaczyniona. Obecnie stan nosa jest następujący: Cała dolna część nosa nabrzmiała, nozdrza wypuklone, a otwory nosowe wyglądają jakby zarośnięte z obydwóch stron od strony przegrody nosowej dwiema naroślami wielkości laskowego orzecha o gładkiej powierzchni, sinoczerwonej barwy. Z głębi nosa wydobywa się przezroczysty śluz. Zbitość narośli zbliżona jest do twardości chrząstki. W gardle i jamie ustnej widać bliznowate ściągnięcie łuków i podniebienia miękkiego, błona śluzowa na nich jest lśniąca, blada. Brak języczka (*uvula*). Prócz małej (wielkości pestki od wiśni) ziarnkującej czerwonej narośli na brzegu łuku podniebienia, żadnych nacieczeń nie widać. Kol. Golc przypuszcza, że dany przypadek jest **twardzielą nosa** *(rhinoscleroma)* i wyłącza raka i przymiot. Mikroskopowe badanie ma być wykonane w szpitalu św. Aleksandra.

2. Kol. Goldman przedstawia chorego po operacyi **zeszycia nerwu promieniowego.**

3. Odczytano protokół posiedzenia Zarządu Tow. lekarsk. i przyjęto wniosek Zarządu, ażeby bibliotekarzowi dać płatnego pomocnika do uporządkowania katalogu kartkowego na jeden miesiąc.

4. Kol. Helman wypowiedział: **Kilka uwag w sprawie międzynarodowego języka Esperanto i o znaczeniu jego w medycynie.** Uzasadniwszy na wstępie odczuwaną przez wszystkie warstwy społeczne i całe ludy potrzebę wspólnego pomocniczego języka międzynarodowego i wspomniawszy o wielu bezowocnych trudach, uczynionych w przeciągu ostatnich stuleci w celu rozwiązania tego zagadnienia, prelegent zapoznał słuchaczy z olbrzymim już dziś ruchem esperanckim i podał szczegółową charakterystykę Esperanta, który zdaniem najpoważniejszych uczonych, myślicieli i lingwistów jest najlepszem i najracyonalniejszem rozwiązaniem problematu języka międzynarodowego. Esperanto, owoc długoletniej i wytrwałej pracy naszego rodaka i kolegi Dra L. Zamenhofa z Warszawy stał się już obecnie własnością całego świata cywilizowanego, w swoim tryumfalnym iście pochodzie zdobył sobie miliony gorliwych zwolenników we wszystkich zakątkach świata i stworzył bogatą literaturę i prasę. Liczba towarzystw i klubów esperanckich przekracza już obecnie 1500, liczba czasopism dochodzi do 100. To niebywałe rozpowszechnienie zawdzięcza Esperanto swym zaletom: łatwości, dźwięczności i bogactwu; nauczyć się go można w przeciągu kilku tygodni. Oceniony on został nietylko jako ważny czynnik praktyczny w stosunkach międzynarodowych, lecz jednocześnie jako potężny środek pokojowego zbliżenia i zbratania ludów. Lekarze szybko ocenili doniosłe znaczenie Esperanta i stanęli już w pierwszych szeregach organizującej się pod zielonym sztandarem milionowej rzeszy bojowników pokojów i braterstwa ludów. Rozpowszechnienie Esperanta odda w przyszłości lekarzom olbrzymie usługi, ułatwi on zapoznanie się z różnojęzycznem piśmiennictwem lekarskiem, umożliwi bardziej celowe porozumiewanie się w sprawach naukowych, zwłaszcza na zjazdach międzynarodowych, dalej jest on pożądany w miejscowościach leczniczych, a już niezbędny na wojnie, w instytucyach Czerw. Krzyża. W tym kierunku zdziałano już bardzo wiele. W końcu mowca zapoznał słuchaczy z celem i zadaniami utworzonego wszechświatowego Związku lekarzy esperantystów (Tutmonda Esperanto Kuracisto Asocio); liczba członków tego związku rośnie z każdym dniem i szybkim rozwojem jedynego miesięcznika esperancko-lekarskiego »Vocho de kuracistoi«, wydawanego we Lwowie. 8 lekarzy łódzkich zapisało się w poczet członków Tut. Esp. Kur. A.

Sekretarz: *I. Michalski.*

Posiedzenie z dnia 2 grudnia 1908.

I. Kol. Trenkner przedstawił: 1) 3-miesięczne dziecko dotknięte **żółtaczką na tle przymiotu;** 2) dziecko dotknięte **zwężeniem odźwiernika;** 3) przypadek **stridor inspiratorius congenitus.**

II. Bibliotekarz, kol. Préchner, odczytał sprawozdanie z posiedzenia bibliotecznego.

III. Kol. J. Saks wygłosił odczyt: **Cztery przypadki cięcia cesarskiego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka i kilka uwag o postępowaniu leczniczem przy miednicach ścieśnionych.**

Na wstępie wspomniał prelegent, że przed dwoma laty podzielił się z kolegami opisem 6 przypadków cięcia cesarskiego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka; do powtórzenia tamtego wykładu zaprosiła kol. S. sekcya ginekologiczna warsz. Tow. lek.; teraz zaś chce się podzielić kol. S. opisem świeżych czterech przypadków.

Przypadek VII. Dnia 26 czerwca b. r. zostało dokonane cięcie cesarskie u 26-letniej pierwiastki, mieszkanki Wielkiej Woli, która dostała nagle bolów porodowych na kolei. Pogotowie ratunkowe przewiozło rodzącą z dworca kolei do szpitala. Przy badaniu rodzącej okazało się, że była ona dotknięta wybitnem zwężeniem miednicy (*conjug. diagon* = 6, 5 ctm.), w danym przypadku istniało przeto bezwzględne wskazanie do cięcia cesarskiego; przy badaniu narządów płciowych okazało się, że istnieją dwa otwory w błonie dziewiczej, dwie pochwy, dwie szyjki maciczne. Uśpienie chloroformowe, cięcie macicy podłużne; w jamie macicy dwa płody płci żeńskiej, słabo rozwinięte, żywe. Macica pojedyncza, ale dwurożna; krwawienie z macicy podczas operacyi umiarkowane. Operacya trwała minut 45. Przebieg pooperacyjny bardzo pomyślny, powikłany tylko dwukrotnem podniesieniem się ciepłoty do 38,5. Dzieci zmarły po jakimś czasie: pierwsze wskutek wątłości wrodzowej (nie umiało ssać), drugie z niewiadomej przyczyny umarło w domu. W 17 dni po operacyi w stanie zdrowia pomyślnym operowana opuściła szpital.

Przypadek VIII. Pitla P., 30 lat licząca, po raz IV rodząca; dwa razy dokonano u niej wymóżdżenia płodu, przy trzecim porodzie dokonano hebosteotomii; sprzężna przekątna wynosi 8, 5 ctm. Rodzącą uprzedzono, że zależnie od okoliczności dokonana będzie przy porodzie czwartym hebosteotomia lub cięcie cesarskie. Dnia 3/IX 1908 zgoła nieoczekiwanie przy braku wszelkich bólów porodowych odeszły wody płodowe; bole porodowe wystąpiły dopiero w kilka godzin później. Ze względu na wczesne odejście wód postanowił kol. S. dokonać cięcia cesarskiego (chloroform+eter); operacya przebiega typowo, płód płci męskiej, żywy, dobrze rozwinięty, waży 3270 gramów. Operacya trwała minut 47. Przebieg pooperacyjny doskonały; chora od drugiego dnia karmi dziecko, od trzeciego dnia dostaje pożywienie zwykłych położnic; w dwa tygodnie po operacyi chora opuszcza szpital na własne żądanie w stanie zdrowia zupełnie dobrym. Wzrost chorej 128 ctm.

Przypadek IX. Dnia 8/IX 1908 przywiozło do szpitala Pogotowie ratunkowe 20 letnią Maryę S., pierwszy raz rodzącą, w stanie nieprzytomnym wskutek napadów rzucawki, których w domu rodząca miała sześć w krótkich odstępach czasu. Przy badaniu przez pochwę okazało się, że rodząca dotknięta jest bardzo wybitnem zwężeniem miednicy, sprzężna przekątna wynosi niecałe 7 ctm.; wzgórek krzyżowy bardzo silnie wystający; część przodująca płodu bardzo wysoko, trudno dosięgalna. Wskazanie bezwzględne do cięcia cesarskiego, które wykonano w uśpieniu

mieszanem (chloroform + eter); z pęcherza płodowego wyciekają brudno-zielonawe wody płodowe, płód płci żeńskiej czyni zaraz ruchy oddechowe; łożysko usunięto ręcznie; krwawienie z macicy bardzo obfite, wymagające wytamponowania macicy. Operacya trwała minut 40. Drgawki po operacyi się nie powtórzyły; w pierwsze 48 godzin stan chorej był dość poważny, chora skarżyła się na silne bole brzucha, które ustąpiły po wypadnięciu z macicy ogromnego skrzepu krwi, poczem przebieg był już bardzo pomyślny. Wzrost chorej wynosił 125 ctm.; była to najniższa chora ze wszystkich, u których kol. S. dokonał cięcia cesarskiego. Operowaną wypuszczono ze szpitala w 15 dni po operacyi w stanie zdrowia zupełnie pomyślnym.

Przypadek X. 27-letnia Julia W., po raz czwarty w ciąży będąca, została zakwalifikowana do cięcia cesarskiego, dwa razy bowiem dokonano u niej wymóżdżenia płodu, przy trzecim porodzie cięcie cesarskie, wykonane przez kol. Zaborowskiego, lecz otrzymano wówczas dziecko martwe; sprzężna przekątna 9 ctm., względne wskazanie do cięcia cesarskiego. Dnia 20/XI 1908 cięcie cesarskie u chorej, zgoła przez pochwę nie badanej; przebieg operacyi typowy, na macicy nie znać śladu operacyi poprzedniej; płód płci żeńskiej, dobrze rozwinięty, wydobyty w stanie bezdechu, zaczyna oddychać dopiero po minucie; krwawienie z macicy bardzo nieznaczne; operacya trwała minut 37. Przebieg pooperacyjny doskonały, w 12 dni po operacyi chorą przedstawiono w Tow. lek., w 16 dni po operacyi opuściła szpital.

Po opisie powyższych przypadków omawiał kol. S. rozmaite zabiegi, stosowane przy miednicach ścieśnionych, jak wysokie kleszcze, obrót zapobiegawczy, poród sztuczny przedwczesny, wymóżdżenie, cięcie przyłonowe i cięcie cesarskie. Dla pierwszych trzech zabiegów kol. S. znajduje rzadkie wskazania, wymóżdżenia nie uważa za możliwe wykreślić z zabiegów operacyjnych, specyalnie w warunkach praktyki prywatnej, cięcie przyłonowe uważa za wskazane tylko w warunkach szpitalnych, tak samo, jak i cięcie cesarskie, które daje bardzo dobre wyniki. W końcu wyraża kol. S. zdanie, że rodzące z zwężeniem miednicy powinny odbywać poród w zakładach położniczych i nawołuje kolegów do skierowywania takich rodzących do zakładów. (Streszczenie własne).

IV. Kol. Goldberg: **O znieczuleniu lędźwiowem.** Po omówieniu historycznego rozwoju sprawy znieczulenia lędźwiowego zastanawia się prelegent nad wpływem toksycznym środków, używanych do znieczulania, przytacza prace doświadczalne von Liera i Storkera, poczem przechodzi do opisu swych 100 przypadków. Znieczulenie otrzymano w 84%, wreszcie wypadło uciec się do uśpienia ogólnego. Ciężkich powikłań na stole operacyjnym nie było. Lekkie postacie zapadu widziano w 5 przypadkach. Porażeń pooperacyjnych nie było zupełnie. Bole głowy zauważono w 24%, a z nich uporczywe w 4 przypadkach. Porównanie ampułek Gersznera z takiemiż Mercka wypadło na korzyść pierwszych. (Streszczenie własne).

W dyskusyi przemawiali kol. Sterling, Trenkner, Wacław Jasiński, Kaufman. Sekr. *I. Michalski.*

Polskie Towarzystwo lekarskie w Kijowie.

Posiedzenie z dnia 3 marca 1908 r.

Obecnych członków 30, przewodniczący K. Rumszewicz.

W dziale naukowym na porządku dziennym odczyt St. Peszyńskiego: **Ciąża zewnątrzmaciczna, jej rozpoznanie i wskazania lecznicze.**

W dyskusyi Daszkiewicz, zgadzając się z prelegentem zupełnie w rzeczach zasadniczych, różni się odeń w zapatrywaniu na niektóre szczegóły. Tak np. w sprawie leczenia krwisteku pozamacicznego prelegent jest zdania, że w wielu przypadkach można czekać. Czy w istocie tak należy postępować, to sprawa sporna. Pomijając już niebezpieczeństwo ropienia, któremu w takim razie chora podlegać może, naraża się ją jeszcze na różne inne cierpienia i dolegliwości, zmuszając nieraz w późniejszym czasie do operacyi. Przytem nigdy nie mamy pewności, że krwotok już więcej się nie powtórzy. To też, nie spiesząc się z operacyą w podobnych przypadkach, przecież pamiętać należy, że ona koniec końcem może stać się konieczną. Zdaniem mówcy prelegent niesłusznie także kładzie nacisk na konieczność obznajamiania się z dyagnostyką ciąży zewnątrzmacicznej dla lekarzy niespecyalistów. Rozpoznanie tego stanu bywa nieraz połączone z trudnościami prawie niepokonalnemi nawet dla zawodowych położników, trudno więc spodziewać się trafnego rozpoznania od tych, którzy położnictwem zajmują się tylko przygodnie lub wcale się nie zajmują. — Peszyński: Co do leczenia krwisteku, zaznaczyłem tylko, że uważam nakłucie i aspiracyę przez sklepienie pochwowe za rękoczyny niewystarczające i niebezpieczne. Zresztą wsteczne zmiany krwisteków odbywają się często prędko i pomyślnie. Od powtórnych krwawień po pozornem polepszeniu nacięcie krwisteku wcale nie zabezpiecza, uczynić to może tylko cięcie brzuszne. Co się tyczy drugiego zarzutu Daszkiewicza, to większość ciąż zewnątrzmacicznych najprzód dostaje się w ręce internistów, dlatego, że chore uważają się za chore na niestrawność, zdenerwowanie i t. p., nie przypuszczając wcale właściwego stanu rzeczy. Ponieważ zaś lekarz, traktujący ciążę zewnątrzmaciczną, jako jeden z wyżej wymienionych stanów chorobowych, może wyrządzić chorej nieobliczalną szkodę, więc należy pragnąć, aby pamiętał o tej ewentualności, ilekroć wzywają go do kobiety, będącej w wieku czynności płciowej, z powodu bolów brzucha, połączonych z zapadem i z tego powodu informacye, dotyczące zewnątrzmacicznej ciąży, nie są bez interesu dla szerszego lekarskiego ogółu. — Sochacki, wyrażając uznanie prelegentowi, zaznacza, że Daszkiewicz ma słuszność, podkreślając wielkie nieraz trudności rozpoznania w wątpliwych przypadkach ciąży zewnątrzmacicznej, a w dowód tego przytacza przypadek, w którym specyaliści przez długi czas sprawy trafnie rozpoznać nie mogli. — Podobny przypadek przytacza Werbski. — Daszkiewicz zaznacza, że najtrudniejszem bywą rozpoznanie nieprzerwanej ciąży zewnątrzmacicznej we wczesnych okresach, zwłaszcza u chorych, cierpiących na zapalenie przydatków. — Januszkiewicz: Przypadki ostrych zaburzeń z bolami w brzuchu i zapadem zdarzają się na ogół nie często. Otóż internista, nie znajdując w takich razach widocznych objawów choroby, wchodzącej w zakres jego kompetencyi, powinien zaprosić ginekologa. — Daszkiewicz zgadza się na to zupełnie, pozostając jednak przy poprzedniem zdaniu, iż sprawa ciąży pozamacicznej jest sprawą nie ogółu lekarskiego, lecz położników. — Peszyński stwierdza, iż nie wymaga wcale od ogółu lekarzy dokładnej znajomości patologii i terapii ciąży zewnątrzmacicznej, lecz tego, aby w wątpliwych razach pamiętali o możliwości tej sprawy, unikając w ten sposób omyłek, mogących fatalnie się odbić na stanie chorych kobiet. Przypadek Sochackiego, dotyczący kobiety, która z przyczyny dolegliwości, wywołanych, jak się później okazało, przez ciążę zewnątrzmaciczną, zwróciła się o poradę do internisty, potwierdza tylko zapatrywania prelegenta. — Sochacki wówczas głównie dlatego skierował swą chorą do ginekologa, że bole brzucha usadowiły się z lewej strony; gdyby były z prawej strony, to przyznaje, że byłby prawdopodobnie myślał w pierwszym rzędzie o sprawie wyrostkowej. — Makowski: To, co prelegent powiedział na temat patologii i terapii ciąży zewnątrzmacicznej, zyskało ogólne uznanie. Nieporozumienia zaczęły się dopiero tam, gdzie zaczynają się one zwykle między internistami, a specyalistami. Stanowisko, zajęte przez Daszkiewicza w dyskusyi można rozumieć dlatego, że w danym przypadku od internisty wymaga się tylko zwrócenia uwagi na możliwość ciąży nieprawidłowej, od położnika zaś dokładnego jej rozpoznania, co bywa nieraz bardzo trudną rzeczą. Dalej chciałby mowca podnieść jeszcze jedno zagadnienie o więcej ogólnym patologicznym charakterze, a mianowicie zapytać prelegenta, co jest przyczyną owych wtórnych krwotoków, zjawiających się niekiedy dopiero po długim czasie, w okresie, w którym chorą uważa się prawie za wyleczoną. — Peszyński przypomina, że sprawę tę w swym wykładzie poruszył. Chodzi mianowicie o to, że zapłodnione jajko posiada własności, wyróżniające je od innych tkanek. Przez zapuszczanie naczyń w okoliczne tkanki działa ono na nie w sposób przeżerający. Od tych właśnie nadżarć, przeciwko którym zabezpieczona jest wprawdzie tkanka macicy, lecz wobec których bezbronne są inne tkanki, zależą owe powtórne późne krwotoki. Na zakończenie zaznacza prelegent, że będzie uważać się za szczęśliwego, jeśli w myśli słuchaczów jako skutek jego wykładu zostanie przekonanie o potrzebie pamiętania o ciąży zewnątrzmacicznej.

Sekretarz *M. Łążyński.*

W sprawie projektu ustawy o chorobach zakaźnych.

Napisał

St. Ciechanowski.

(Ciąg dalszy).

§ 14. I. nakazuje zwłoki osób, zmarłych na te cztery, w § 13. wymienione choroby, jaknajrychlej przenosić do trupiarni. II. Zarządzone to być może także w przypadkach płonicy, błonicy, wąglika, nosacizny. III. Jeżeli zwłok do trupiarni przenieść nie można, należy je aż do pogrzebu w ten sposób odosobnić, aby niepowołani nie mieli do nich przystępu. IV. W razie potrzeby może być przeniesienie lub odosobnienie zwłok dokonane przymusowo. V. Dokładne przepisy o przenoszeniu i grzebaniu takich zwłok i o urządzaniu trupiarni wydane będą w drodze rozporządzenia.

§. 15. dotyczy tępienia zwierząt, przenoszących zarazę (mór, żółtą febrę, dur powrotny).

§. 16. zezwala zakazywać jarmarków, uroczystych obchodów i innych większych zebrań ludności.

§. 17. zezwala wydawać osobne przepisy o meldowaniu ludności miejscowej i obcej i ewidencyi meldunków w miejscowościach i okolicach, którym zagraża niebezpieczeństwo powstania lub zawleczenia choroby p. o. d.

§ 18. I. Osoby, o których można przypuszczać, że są przenosicielami choroby p. o. d., można poddawać szczególnemu nadzorowi sanitarno-policyjnemu. W tym celu można na nie nałożyć osobny obowiązek meldowania się, oraz zarządzić peryodyczne ich badanie przez lekarza, a w razie potrzeby odkażenie i odosobnienie w ich mieszkaniu, ewentualnie w odpowiednim lokalu. II. Nadzór osób podejrzanych musi być w każdym razie wykonywany w myśl poprzedniego ustępu w przypadkach moru, cholery, ospy i duru osutkowego. (Ustęp III. dotyczy ograniczenia swobody ruchów dozorców chorych i grabarzy).

§ 19 zezwala zarządzać częściowe lub zupełne zamknięcie szkół i ochronek. O tem zarządzeniu ma być zawiadomiona władza szkolna, a ta ma zamknięcia niezwłocznie dokonać.

§ 20. zezwala na zakaz domokrążnego handlu i rękodzieła.

§ 21. I. Ograniczenie i zamknięcie przedsiębiorstw przemysłowych. Przy szerzeniu się dalszem moru, cholery, ospy, duru osutkowego lub wąglika może być zarządzone w pewnym okręgu zamknięcie warsztatów, w których odbywają się pewne zajęcia, grożące szczególnem niebezpieczeństwem rozwleczenia zarazy, a to po wysłuchaniu opinii inspektora przemysłowego, i jeżeli dalsze wykonywanie zajęć zagrażałoby nagle i znacznie ich wykonawcom, jakoteż i ogółowi przez dalsze krzewienie się choroby. II. Jeżeli wystąpi jedna z wymienionych w ustępie I. chorób, wówczas może być pod temiż, co w ustępie I., warunkami ograniczony lub zamknięty ruch w warsztatach stałych, lub osobom, stykającym się z chorymi, wstęp do warsztatów zakazany. III. W drodze rozporządzenia będzie określone, o ile powyższe środki mogą być zarządzone przy innych chorobach p. o. d.

§ 22. Domy, w których znajdują się chorzy na mór, cholerę, ospę lub dur osutkowy, mogą być odpowiednio oznaczone. Znaków tych przed dokonaniem odkażenia usuwać nie wolno.

§ 23. I. Opróżnienie mieszkań i budynków, w których zdarzył się przypadek moru, cholery, ospy lub duru osutkowego, może być zarządzone i przeprowadzone przymusowo, jeżeli to okaże się konieczne dla ochrony innych mieszkańców i skutecznego zwalczenia zarazy. II. Mieszkańcom należy na ich żądanie, a mianowicie jeżeli są ubodzy (im Falle ihrer Mittellosigkeit) bezpłatnie dostarczyć odpowiedniego pomieszczenia.

§. 24. pozwala na ograniczenie lub zakaz obrotu przedmiotów, mogących być przenośnikami zakażenia, a pochodzących z miejsc zakażonych, przy morze, cholerze, ospie, durze osutkowym i brzusznym, czerwonce, wągliku, nosaciznie.

§. 25. zezwala ograniczać stykanie się z mieszkańcami miejscowości zakażonych morem, cholerą, ospą, durem plamistym. Sprawa ograniczenia ruchu zagranicznego (§. 26) co do towarów i osób ma być uregulowana na zasadzie istniejących praw i układów międzypaństwowych drogą rozporządzeń. W tenże sposób (§ 27) mają być wydane przepisy co do ruchu na kolejach i t. p. w obrębie państwa.

§ 28. Jeżeli przy wystąpieniu choroby p. o. d. nie wystarcza do skutecznego jej zwalczenia lekarzy, będących do rozporządzenia w dotkniętym chorobą obszarze, wówczas mogą być na czas potrzeby ustanawiani lekarze epidemiczni.

§ 29. pozostawia przepisy o wykonywaniu badań i prac nad zarazkami, ich przechowywaniu i przesyłaniu — rozporządzeniom.

Rozdział III. dotyczy odszkodowania i pokrycia kosztów.

§ 30. przyznaje prawo odszkodowania za przedmioty uszkodzone przy odkażaniu lub zniszczone wtedy, jeżeli przez uszkodzenie lub zniszczenie przedmiotu położenie ekonomiczne właściciela się pogorszyło (Gefährdung oder wesentliche Beeinträchtigung der wirthschaftlichen Lage). Za przedmioty, będące własnością funduszów publicznych, (państwa, kraju, powiatu, gminy) odszkodowanie się nie należy. — Prawo do odszkodowania traci ten (§ 31), kto dopuścił się przekroczenia ustawy i rozporządzeń co do choroby, z powodu której podjęto odkażanie. § 32. oznacza sposób oszacowania szkody, § 33. przepisuje do zgłaszania się o odszkodowanie termin 14-dniowy od odkażenia lub zwrotu przedmiotu lub zawiadomienia o jego zniszczeniu.

§ 34. dotyczy pensyi i zaopatrzenia dla lekarzy i ich rodzin. I. W razie niezdolności do pracy lub śmierci lekarza delegowanego do zwalczenia zarazy, przyznaje ten paragraf pensyę, resp. zaopatrzenie w tej wysokości, jaka przypada w IX. randze po 10-letniej służbie. II. Jeżeli lekarz ten miał prawo już do innej pensyi, to będzie ona w takim razie dopełniona do wysokości podanej w ustępie II.—III. Jeżeli zaś miał prawo do pensyi takiejsamej lub wyższej, to paragraf ten niema zastosowania. (C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

W Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie odbyła się w dniu 11. lutego dyskusya nad projektami opodatkowania uczestników mającej powstać kasy chorych lekarzy, wniesionymi przez Józefa Zawadzkiego i W. Szumlańskiego na posiedzeniu w d. 21. stycznia (ob. str. 88). Przewodniczący posiedzenia kol. Szczęsny Bronowski wyjaśnił w odpowiedzi na interpelacyę kol. Rosenberga, co stało się z innymi projektami opodatkowania, złożonymi Zarządowi Stowarzyszenia, że projekty te, jak opodatkowanie równe, postępujące według dochodów i zapomocą znaczków, były już roztrząsane, obecnie zaś poddane zostają dyskusyi tylko dwa nowe projekty. Nawiasowo przypominamy, że według projektu kol. Rosenberga uczestnicy zapisywaliby się dobrowolnie, stosownie do zasobności materyalnej, do jednej z trzech grup i opłacaliby po 10, 20 ewentualnie 30 rb. rocznie. Projektodawca, przewidując, że do pierwszej grupy zapisałoby się 75% uczestników (dochód roczny do 3000 rb.), do drugiej 15% (dochód do 6000 rb.), a do trzeciej 10% (dochód roczny powyżej 6000 rb.), oblicza dochody kasy na 15000 rb. rocznie.— Kolega Mucha jest przeciwny pierwiastkowi filantropii, której dopatruje się w opodatkowaniu kolegów zamożniejszych na korzyść mniej zamożnych, uważa za jedynie sprawiedliwy podatek równy; tak opodatkowanych jest 1,800.000 ubezpieczonych w 13.000 kas ubezpieczenia we Francyi; mowca przeciwny jest przymusowemu należeniu wszystkich członków Stowarzyszenia do kasy, gdyż nie wszyscy będą mogli opłacać wysoką składkę i węzeł, który ma kolegów łączyć, zacznie ich dusić; przeciwny jest wreszcie mowca ograniczeniu przystępu do kasy nieczłonkom Stowarzyszenia. W odpowiedzi na to kol. Józef Zawadzki powołuje się na sześciokroć liczniej-

szą rzeszę ubezpieczonych w niemieckich oraz nowo-austryackich kasach ubezpieczenia, gdzie podatek na rzecz kasy jest proporcyonalny do dochodów oraz istnieje przymus ubezpieczeniowy. Podatek dochodowy nie nosi w sobie pierwiastka filantropii, lecz jest powszechnie dziś uznany za sprawiedliwy; Stowarzyszenie powinno objąć wszystkich lekarzy nietylko w Warszawie, lecz i w kraju, a wtedy i ciężary, wynikające z opłacania składek, będą mniejsze i istnienie kasy trwalej ugruntowane. Kol. Żenczykowski zwraca uwagę, że w tych kasach, gdzie podatek jest dochodowy, zapomogi bywają wypłacane również odpowiednio do dochodów, gdy tymczasem w kasie chorych lekarzy przewidywane są zapomogi równe, niezależnie od wysokości podatku; kasa chorych jest instytucyą finansową, podobną do towarzystw ubezpieczeń i powinna wypłacać odszkodowania w stosunku do wysokości wniesionej premii. W dyskusyi zabierali nadto głos koledzy: Szumlański, który uzasadniał swój projekt, Polikier, żądając dowolnego opodatkowania się uczestników, Kizler za projektem, zbliżonym do projektu kol. Zawadzkiego i Orzeł za kasą, dostępną dla całej korporacyi lekarskiej.

Dnia 12-go lutego odbyła się konferencya w sprawie uporządkowania etatów lekarskich szpitali warszawskich oraz wysokości płacy ordynatorów. Przewodniczący kol. Sadowski odczytał referat komisyi szpitalnej przy Stowarzyszeniu, ułożony stosownie do polecenia posiedzenia poprzedniego na podstawie referatu kol. Dunina w sprawie uporządkowania etatów lekarskich szpitali warszawskich, i referatu kol. Hewelkego w sprawie podniesienia płacy ordynatorów. Komisya, rozpatrując sprawę wszechstronnie, stała głównie na stanowisku dobra instytucyi szpitalnej, a nie wyłącznie zysków osobistych i zaznaczyła, że ordynatury należy przedewszystkiem co do etatów uporządkować. Obecnie mamy ordynatorów etatowych z pensyą, nadetatowych bez pensyi i bez oddziałów. Ta ostatnia kategorya ordynatorów powinna być zupełnie zniesiona, jako zbyteczna. Ordynatorzy powinni być wszyscy etatowi, płatni jednakowo i powinni prowadzić oddziały o jednakowej liczbie łóżek. Za minimum łóżek jednego oddziału uznano 40; wobec tego w warszawskich szpitalach powinno być (prócz instytutu oftalmicznego i św. Jana Bożego) 62 ordynatorów etatowych, płatnych. W niektórych szpitalach, jak np. Dz. Jezus, należy przeto liczbę ordynatorów powiększyć, w innych, jak np. św. Rocha i żydowskim — zmniejszyć. Jako wynagrodzenie roczne dla ordynatora etatowego żąda komisya 1500 rb. z podwyżką 250 rb. co 5 lat — na prawach emerytury państwowej. — W dyskusyi kol. Jakimiak, popierając pretensye powyższe w zasadzie, przewiduje trudności finansowe, gdyż pensye lekarzy (ordynatorów, asystentów i naczelnych) wyniosłyby rocznie 236.000 rb., co nie stałoby w żadnym możliwym stosunku do ogólnych wydatków szpitalnych; proponuje wyznaczyć na pensye lekarzy 20% ogólnych wydatków i powołać się na przykład szpitali rosyjskich i niemieckich. Kol. Hewelke wyraża zdanie, że w żądaniach nie powinna komisya krępować się ogólnymi wydatkami szpitalnymi, ani brakiem funduszów, gdyż o to kłopotać powinien się magistrat. Lekarze co do pensyi swoich pozostali w tyle o 70 lat; po przeliczeniu dawniejszej pensyi ordynatorów stosownie do obecnych warunków żądać należy 1500 rb. Nie można ustalać pensyi lekarskich według ogólnych wydatków szpitalnych, gdyż te skutkiem anormalnego opłakanego stanu szpitalnictwa u nas są za małe i muszą być koniecznie podniesione. Zważywszy to wszystko, mówca dochodzi do wniosku, że etat, przytoczony przez kol. Jakimiaka, stanowi tylko pozornie dużą tamę. Kol. Karczewski, Sawicki i Męczkowski uznając w zupełności pretensye ordynatorów, zastrzegają się przeciwko zarzutowi pogoni za zyskiem, zaznaczając, że ani poprzednio, ani obecnie, ani nawet później, gdy pensye będą podniesione, nikt dla wynagrodzenia w szpitalach pracować nie będzie. Sumienność w spełnianiu obowiązków jest sprawą ideową, nie przymusową, tradycyjnie panuje na naszych oddziałach; mowcy dla tem dobitniejszego zaznaczenia bezinteresowności proponują z żądaniem poprawy bytu lekarzy szpitalnych wystąpić później, dopiero po opracowaniu szeregu projektów, mających na celu poprawę ogólnych warunków szpitalnych. Zebranie chętnie przychyliło się do tego wniosku. *W. K.*

W Kole lekarzy szkolnych przy Stowarzyszeniu lekarzy polskich w Warszawie wygłosił Dr W. Knappe odczyt: **O próchnieniu zębów u młodzieży szkolnej**. Przytoczywszy wyniki badań higienistów szkolnych, dochodzi K. do wniosku, że próchnienie zębów jest najbardziej rozpowszechnioną chorobą młodzieży szkolnej, gdyż 92% dzieci ma zęby chore. Dotyczy to nietylko naszego kraju: statystyka innych krajów jest również zastraszająca. Wyliczywszy przyczyny, wywołujące próchnienie zębów i objaśniwszy przebieg sprawy, przeszedł prelegent do następstw, jakie pociąga za sobą próchnienie zębów dla ustroju. Zepsuty ząb stanowi wrota wkraczania zakażeń do ustroju: obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi, zapalenie szczęki, ropnie, oto stałe następstwa próchnienia; opisano nawet przypadki śmierci skutkiem zakażenia ogólnego, którego źródłem był ząb spróchniały. Lekarze chorób płucnych na zjeździe w Norymberdze uznali próchnienie zębów za jedną z przyczyn szerzenia się gruźlicy i żądali zakładania bezpłatnych klinik dentystycznych. U nas pod tym względem zrobiono bardzo mało: udziela się porad dentystycznych w Instytucie higieny im. Lenvala, w niektórych, bardzo nielicznych szkołach znajdują się dentyści, którzy jedynie badają zęby uczniów, i na tem koniec. Prelegent żąda obowiązkowego leczenia zębów u młodzieży szkolnej przez stałych dentystów szkolnych, a głównie utworzenia w Warszawie kliniki dentystycznej dla młodzieży szkolnej na wzór kliniki w Strasburgu. Koszt utrzymania takiej kliniki, obsługującej 18000 dzieci, wynosi tam 8500 marek rocznie. W Strasburgu szybko przekonano się, jak wiele zyskuje szkoła na tem, gdy dzieci mają zęby zdrowe: zauważono szybkie wzrastanie sprawności fizycznej i zdolności umysłowych, poprawę ogólnej zdrowotności dziatwy (opuszczeń było mniej, uwaga w klasie większa, powietrze czystsze). Projekt otworzenia podobnej kliniki w Warszawie powierzono do rozpatrzenia lekarzom dentystom.

D-rowie Matylda i Wacław Biehlerowie wygłosili odczyt p. t.: **Słów kilka w sprawie kalendarza szkolnego.** Prelegenci przedstawili w danych liczbowych stan kalendarza szkolnego u nas i za granicą i doszli do wniosku, że liczba dni szkolnych u nas jest znacznie mniejsza: tam wynosi około 263 dni, tutaj zaledwie 198. Wynika to stąd, że mamy za długie ferye i za wiele świąt wśród roku, których niema za granicą. Zważywszy, że rok szkolny dłuższy jest daleko właściwszy, gdyż nauczyciel, mając do rozporządzenia więcej godzin wykładowych, może do minimum ograniczyć ilość lekcyi zadawanych do domu, nie uszczuplając przez to wypoczynku fizycznego i umysłowego dzieci po za szkołą, żądają prelegenci zwiększenia liczby dni szkolnych przez skrócenie feryi letnich i odrzucenie niektórych świąt (np. ostatków). Ażeby zaś nie zwiększać tym sposobem przeciążenia nauczycieli, należy, zwiększając liczbę dni szkolnych, powiększyć personal nauczycielski.

Sprawę feryi omówiono oddzielnie. Przy zakreślaniu ich należy kierować się następującemi zasadami: 1) Odpoczynek im jest dłuższy (jednorazowo), tem bardziej odpowiada potrzebom ustroju dziecka; 2) ferye powinny przypadać na miesiące najgorętsze, jako ujemnie wpływające na rozwój fizyczny i umysłowy dzieci (u nas: w lipcu i sierpniu); 2) nie należy w czasie feryi obciążać młodzieży ciężką pracą fizyczną i umysłową (przykład Galicyi, gdzie uczniowie latem pracują przy robotach ziemnych, jednogłośnie potępiono); lekkie zajęcia przy gospodarstwie domowem nie są przeciwwskazane; 4) w czasie wakacyi polecać należy gorąco pobyt na świeżem powietrzu, uprawianie sportów i gier.

Do zarządu Koła na rok następny obrano: przewodniczącym Dra St. Kopczyńskiego, zastępcą: Dra L. Wernica sekretarzem Dra W. Knappego, skarbnikiem: Dr. Matyldę Biehlerową. *W. K.*

Składka noworoczna na fundusz imienia ś. p. Jordana dla wdów i sierot po lekarzach (c. d.).

Po 2 korony: Dr Reinhold, H. Berger, Harasowski, Natter, Sokal, Ameisen, Fibich, Ostafiński, Kierates, J. Tenner, W. Nowak, Rieser, Udziela, Z. Siegel, L. Liebermann, Gawełkiewicz, F. Landau, Dornfest, Bernfeld, J. Fels, chir. W. Roth, Dr M. Schenker, Mitschka, Nawrat, chir. Mantel, Dr Uranowicz, B. Steinberg, Perlmutter, B. Engländer, Piątkowski, Trammer, Gąsiorek, H. Markiewicz, J. Bielecki, Topolnicki, Praschil, Rubinstein, Zinns, Woszczyński, Prof. Pilz, Dr Urbanik, Wittels, S. Landau, Witoszyński, Mazurkiewicz, Patryn, Zbigniewicz, Dulęba, Hendrychowski, Gracka, Knauer, Mossoczy, Michalski, Stocknopf, Niezabitowski, Bannet, Kramarzyński, Mączka, Steuer, Pluciński, L. Weissmann, Richter, Jarumkiewicz, Gruder, Karabiński, H. Fraenkel, Strycharski, Rokossowski, Kostyal, Baczyński, Landesberg, Lechowicz. Czarnecki, Wehrn, Surzycki, Gorner, J. Siegelbaum, Krongold, Glikman, Szefer, Karaś, Żuliński, Ciepielowski, M. Bukowski, Żukotyński, Sobelsohn, Rager, Jeger, Turteltaub, r. ces. Dr Fr. Janda, Dr H. Ehrlich, T. Gabryszewski, Terlecki, Schöngut, Kurasiewicz, Witkowski, Heftler, Rose, Prebendowski, Bober, Iłowiecki, Ader, J. Langer, J. Blaustein, Wurst, B. Rosenblüth, Żędzianowski, H. Kraus, Garbusiński, Jan Landau, Rosenhauch, Łowczowski, Szurek, Drzymalik, Lach,

Stokłosiński, Koczyrkiewicz, Skibicki, Idziński, Bogdański, Stock, Dłuska, Dłuski, A. Loewy, W. Smolarski.

Z państwowego Związku organizacyi lek. austr. Za przyczynieniem się posłów do parlamentu Dra Michla i Malika zaprosiło prezydyum »Wolnego Związku lekarzy i przyjaciół lekarzy w parlamencie« przewodniczącego państwowego Związku organizacyi lek. dra Grussa na posiedzenie w d. 27 stycznia b. r. w sprawie rządowego projektu ubezpieczenia. Dr Gruss podniósł, że lekarzy niestety nikt się nigdy nie pyta w sprawach nawet dla nich najżywotniejszych. I tak np. do stałej Rady pracy w ministerstwie handlu mimo wielu usilnych próśb i przedstawień dotąd nie powołano żadnego lekarza, chociaż sprawa ubezpieczenia robotniczego opiera się całym ciężarem na barkach lekarzy. A przecież należą tam zastępcy kas chorych w niestosunkowo wielkiej liczbie. Odmowę uzasadniono wobec lekarzy tem, że Rada pracy zajmuje się przeważnie sprawami, nie mającemi żadnego związku ze stanem lekarskim. Tymczasem w Radzie pracy z okazyi ubezpieczenia społecznego zabierają często głos przedstawiciele kas chorych przeciw lekarzom, którym nawet nie dano sposobności, by na miejscu się bronić i prostować błędne informacye, nie mówiąc już o tem, że w sprawie ubezpieczenia mogliby dać i lekarze znawcy niejedną radę, co najmniej tak dobrą, jak prawnicy. Również i w komisyi parlamentarnej, składającej się z 52 członków, której oddano projekt rządowy w sprawie ubezpieczenia społecznego, nie ma ani jednego lekarza. I tu także zabierać będą głos, jak i w Radzie pracy, przeważnie przeciwnicy lekarzy, a oni ani słowem nie będą się mogli bronić. Następnie objaśniał dr. Gruss najważniejsze żądania lekarzy, przyczem zbijał punkt za punktem wszystkie zarzuty, czynione lekarzom. Po ożywionej dyskusyi przyjęto jednomyślnie następujące wnioski: »Wobec tego, że ustawa o ubezpieczeniu społecznem, a szczególniej o kasach chorych, żywo dotyka interesów lekarzy, a dobrego wyniku nie można się spodziewać, jeśli się w lekarzach nie pozyska chętnych i zadowolonych współpracowników, leżałoby nietylko w interesie lekarzy, ale i w interesie ustawy, by w naradach nad tą ustawą wysłuchano i zdania lekarzy. Dlatego parlamentarny wolny Związek lekarzy i ich przyjaciół uchwala: 1) Uprasza się przewodniczącego komisyi parlamentarnej dla ubezpieczenia społecznego, by do narad nad ustawą o ubezpieczeniu społecznem zaprosił przewodniczącego wolnego Związku lekarzy posła Dra Michla z głosem doradczym; 2) aby również prezydenta państw. Związku organizacyi lek. Dra Adolfa Grussa zaprosił na posiedzenie »celem informacyi«. Wysoki zaś Rząd uprasza się o powołanie do stałej Rady pracy w c. k. ministerstwie handlu jednego lekarza, a mianowicie prezydenta Związku państwowego dra Grussa«.

Mamy nadzieję, że życzenia te zostaną spełnione. Sprawa ta, to jeszcze jeden z dowodów ruchliwości i zapobiegliwości Związku państwowego. *Stahr.*

Austryackie ministerstwo handlu uwzględniło życzenie stałej Rady przybocznej w temże ministerstwie i oddało jej do oceny projekt rządowy, tyczący się ubezpieczenia społecznego, mimo, że odmówiło tego przedtem organizacyi lekarskiej, a to pod pozorem, że zgłosiła się już za późno. A teraz, kiedy jeszcze później o to samo prosi Rada pracy, rząd godzi się na to i przedłożenie, oddane bez pierwszego czytania osobnej komisyi parlamentarnej, składającej się z 52 członków i już do tego celu obranej, przedkłada do oceny Radzie pracy. Nierówną więc miarką mierzą w Austryi prośby lekarzy i prośby innych stanów. Mimo woli przypominają się słowa, których użył ku wielkiemu niezadowoleniu panów ministrów, przewodniczący Związku państw. lek. na posłuchaniu w czerwcu z. r.: »Powiadają, że w Austryi osiągnie i największe nie-prawo organizacya, co umie głośno się ruszać, podczas gdy na drodze ustawy i najprostsze prawo osiągnąć jest niemożliwem«. (Wzrost organizacyi lekarzy będzie do zawdzięczenia między innymi i kierownikowi c. k. ministerstwa handlu!) *Stahr.*

Stanowisko Kas chorych wobec lekarzy maluje dosadnie artykuł pisemka »Bielitzer Volkstimme«, zwrócony przeciwko lekarzowi w K., nie będącemu lekarzem Kasy chorych, a wezwanemu w nocy do jej członka. Zarzucając lekarzowi, że pobrał honoraryum »niesłychanie« wysokie, utrzymuje autor artykułu, że Kasy chorych nie są w takich przypadkach obowiązane zwracać chorym honoraryum w tej wysokości, w jakiej je chorzy lekarzowi nie-kasowemu zapłacili, lecz w takiej, jaką się Kasie oznaczyć spodoba, bo pieniądze, zbierane przez Kasy od robotników, powinny wracać do robotników w postaci zasiłków w chorobie i leków, a »nie mogą służyć na wsparcia dla potrzebujących pieniędzy lekarzy« (!). Autor artykułu podaje, że w danym przypadku Kasa zwróciła choremu tylko część honoraryum, zapłaconego przez niego lekarzowi i posuwa się do twierdzenia, że to postąpienie Kasy »samo przez się się rozumie«, dając do poznania, iż winnym szkody, jaką poniósł chory przy tym »zwrocie« od Kasy, jest... lekarz. Dodać należy, że Izba lekarska, do której się lekarz (strawiwszy na wyjazd 4 godziny w nocy) w sprawie tej zwrócił, uznała, iż honoraryum, którem się zadowolnił, było o połowę mniejsze od przyjętej normy. *R.*

Płace i stosunki służbowe lekarzy kolei państwowych austryackich mają być z d. 1. IV. 1909 zreformowane. Koszta służby sanitarnej kolejowej mają wskutek tego,— według komunikatów urzędowych — wzróść o 1,200 000 kor. rocznie. Czy i co zyskają na tej reformie lekarze kolejowi, pokaże się, gdy będą wiadome szczegóły reformy. *R.*

Spór Związku lipskiego z Towarzystwami ubezpieczeń w Niemczech tak się zaostrzył, że Związek wzbronił nadal swym członkom wystawiania jakichkolwiek świadectw lub oddawania jakichkolwiek usług Towarzystwom. Prezydyum Związku uchwaliło nawiązać na nowo sto unki z Towarzystwami ubezpieczeń dopiero wtedy, kiedy Towarzystwa zwrócą się do Związku wprost, bez pośrednictwa osoby trzeciej i spełnią żądania lekarzy. Na to zarządzenie oświadczają zgodę najrozmaitsze Związki, stowarzyszenia lekarskie z różnych stron Niemiec, a nawet związek kraj. lekarzy czesko-niemieckich wezwał swych członków, by nie przyjmowali badań dla niemieckich Towarzystw ubezpieczeń, o ile to tyczy się poddanego niemieckiego. *Stahr.*

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 7. II. do 13. II. 1909 doniesiono o nowych przypadkach d u r u p l a m i s t e g o w pow. Bohorodczany (Mołotków 8, Markowa 13), Buczacz (Krasiejów 3), Gródek jag. (Uherce niezabitowskie 2, Bratkowce 1, Wiszenka 11), Horodenka (Hawrylak 11), Kołomyja (Słobódka polna 9, Chomiakówka 5, Siemakowce 4), Kosów (Riczka 1), Rawa (Magierów 1), Skałat (Orzechowiec 1, Rożyska 1, Hlebów 3), Sokal (Wolica komarowa 1), Stryj (Orawczyk 1), Turka (Jabłonka w. 1, Lipie 1), Zborów (Daniłowce 1), Złoczów (Czyżów 1), Zaleszczyki (Dupliska 1). *Dr T.*

Choroby zakaźne we Lwowie. Od 7. II. do 13. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 5, krztuśca 1, płonicy 26 † 2 (w tem obcych 2 † —), duru brzusznego 2 † 1 (2 † 1). *Dr Legeżyński.*

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 7. II do 13. II. 1909 zgłoszono przypadków: błonicy 9 † 3 (w tem obcych 2 † 2), krztuśca 4, płonicy 3 † 1 (1 † 1), odry 11 (3), duru brzusznego 1 (1), gorączki połogowej 2 † 1 (2 † 1), jaglicy 31. *Dr Sch.*

Sprawa statystyki gruźlicy

na XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, poruszona stosownie do uchwały poprzednich Zjazdów przez Delegacyę Zjazdów, uzyskała żywe poparcie T o w a r z y s t w a l e k a r s k i e g o ł ó d z k i e g o. Towarzystwo to rozesłało do wszystkich lekarzy w Łodzi i okolicach wraz z bloczkami statystycznymi pismo następujące:

»Szanowny Kolego! Sekretaryat Delegacyi Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, wypełniając uchwały zjazdowe, zarządził zbieranie statystyki chorych na gruźlicę na całym obszarze ziem polskich. Uznając niezwykły pożytek tego zamierzenia, Towarzystwo lekarskie łódzkie pragnie dopomódz Delegacyi w tej jej pracy, a to przez dostarczenie wszystkim lekarzom Łodzi (i okolic) bloczków statystycznych.

Niniejszem zwracamy się w imieniu Towarzystwa do Szanownego Kolegi z prośbą o wzięcie czynnego udziału w tej wspólnej pracy naukowej ogółu naszych lekarzy, która — jeśli będzie ściśle przez w s z y s t k i c h wykonana — rozwiąże bardzo ciekawe zagadnienie lekarsko-statystyczne. Schemat statystyczny jest prosty i niezmiernie łatwy do wypełnienia, co też daje nam tę nadzieję, że nikt z Szanownych Kolegów — bez względu na specyalność — od notowania swych chorych na gruźlicę (płuc, narządów rodnych, moczowych, trawiennych i t. p.) się nie uchyli. Przy wypełnianiu schematu należy pamiętać o z a s a d z i e n a c z e l n e j, obowiązującej w podobnej pracy naukowej: a) schemat, w którym nie odpowiedziano na wszystkie pytania, nie traci przez to zgoła wartości naukowej; b) schemat zupełnie wypełniony, w którym jednak choćby na jedno pytanie odpowiedź będzie podana na domysł (np. jeśli zapomniano przepytać chorego o daną kwestyę, a schemat jest wypełniany pod jego nieobecność), jest niepożyteczny, a właściwie: szkodliwy. Odpowiedzi pisać można ołówkiem. Nazwiska wszystkich lekarzy, biorących

udział w tej wspólnej pracy naukowej, będą ogłoszone wraz z ogłoszeniem jej wyników.

Polecając gorąco tę sprawę pamięci Sz. Kolegi przez cały czas trwania tej ankiety (15 Luty 1909 — 15 Luty 1910), łączymy wyrazy poważania.

Sekretarz: *E. Sonnenberg.* Prezes: *Ks. Jasiński.*«

Należy mieć nadzieję, że i inne nasze towarzystwa lekarskie poprą usiłowania, zmierzające do wykonania uchwał ostatnich Zjazdów lekarskich polskich w sprawie statystyki gruźlicy.

Drugi Zjazd balneologiczny polski

odbędzie się w Krakowie dnia 23 i 24 kwietnia (piątek, sobota) 1909. Zjazd będzie miał charakter częścią naukowy, częścią przemysłowy. Wydział Polskiego Towarzystwa balneologicznego w Krakowie, jako komitet gospodarczy Zjazdu, prosi o łaskawe wzięcie udziału w Zjeździe. Mający zamiar uczestniczyć w Zjeździe, raczą zgłosić pisemnie (kartą korespondencyjną) do sekretarza Towarzystwa, Dra Zanietowskiego (Kraków, Batorego 1), swój udział, oraz ewentualny tytuł odczytu. (Udział w zjeździe wynosi 10 koron, które nadesłać należy pod wskazanym powyżej adresem).

Towarzystwo balneologiczne ma zamiar wnieść po Zjeździe memoryał do władz w sprawie ulepszeń i potrzeb w zdrojowiskach. Komitet Zjazdu zwraca się więc z uprzejmą prośbą o nadesłanie najpóźniej do dnia 10 marca na ręce sekretarza Towarzystwa wskazówek i informacyi do zbiorowego referatu, który będzie podkładem dla uchwalić się mającego na Zjeździe memoryału. Informacye te dotyczyć powinny między innemi następujących spraw: 1. Komunikacye: *a*) koleje (ruch osobowy i towarowy); *b*) drogi do zdrojowisk i w zdrojowiskach. 2. Poczty, telegrafy, telefony. 3. Statuty zdrojowe, regulaminy wynajmu mieszkań, taksy zdrojowe. 4. Policya zdrojowa. 5. Domokrąžstwo i żebractwo. 6. Sprawy podatkowe. 7. Pożyczki inwestycyjne. 8. Kontrola sanitarna zdrojowisk. 9. Domy izolacyjne dla zakaźnych. 10. Uregulowanie dostawy artykułów żywności i kontrola. 11. Lekarze zdrojowi wobec ustawy o ubezpieczeniu oficyalistów prywatnych.

Ograniczamy się do podania najważniejszych kilkunastu punktów. Nie wyłączone jest jednak, by w informacyach nie podniesiono innych spraw, mogących mieć doniosłe znaczenie, czy to dla poszczególnych zdrojowisk i uzdrowisk, czy ogólne.

Wydział Towarzystwa spodziewa się, że w dobrze zrozumianym interesie podniesienia zdrojowego przemysłu polskiego, otrzyma pożądane informacye i wskazówki, o które niniejszem prosi.

Wydział polskiego Towarzystwa balneologicznego.

Prezes: *Jan hr. Potocki.* Skarbnik: *Dr T. Piotrowski.*
Wiceprezes: *Dr M. Cercha.* Sekretarz: *Dr Zanietowski.*
Dr J. Aronsohn, Dr Flis, Dr Pelczar, Dr Regiec, Dr Wąsowicz.

Wiadomości bieżące.

Autorowie polscy raczą przesyłać odbitki prac swoich kolegom, zdającym stale sprawę z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych. Stałymi sprawozdawcami są:

Ze wszystkich działów: Komisya sprawozdawcza Towarzystwa lek. lwowskiego; prezes Prof. Dr Adolf Beck, Lwów, Piekarska 52 (Virchows Jahresber. der ges. Medizin): Dr H. Pisek, Podgórze-Kraków (Deutsche mediz. Wochenschrift), Dr Stanisław Ostrowski, Petersburg, Woźniesieńskij prospekt 23, m. 10 (Russkij Wracz); z medycyny teoretycznej: Prof. Dr S. Bądzyński, Lwów. Piekarska 52 (Lavori e riviste di chimica etc.). Prof. Dr H. Hoyer, Kraków, św. Anny 6 (»Schwalbes Jahresberichte üb. die Fortschritte der Anatomie u. Entwickelungsgeschichte«, anatomia ludzka, porównawcza, histologia, embryologia, antropologia); Dr Filip Eisenberg, Kraków, Strzelecka 9 (Centralblatt f. Bakteriologie); z medycyny wewnętrznej: (w zakresie gruźlicy) Dr S. Sterling, Łódź, Piotrkowska 111 (Intern. Centralblatt f. d. ges. Tuberculoseforschung), (hematologia): Dr Stanisław Klejn, Warszawa, Leszno 17 (Folia haematologica et serologica); z chirurgii: Dr Radliński (Centralblatt f. Chirurgie), Kraków, Kopernika 40; Dr Ant. J. Goldman, Łódź, Piotrkowska 19 (pisma francuskie); z neurologii: Dr K. Orzechowski, Wiedeń XVII/2, Zwerngasse 18 (»Folia neurobiologica« Groningen i »Epilepsia« Budapeszt); z pedyatryi: prym. Dr J. Landau, Kraków, Gertrudy 9 (Jahrbuch für Kinderheilkunde), Dr J. Brudziński, Łódź, Spacerowa 27 (Monatschrift für Kinderheilkunde); z ginekologii: Dr Franc. Neugebauer, Warszawa, Leszno 33 (prace ginekol.-położnicze, Frommel's Jahresbericht), Dr Ehrlich, Przemyśl (Monatsschrift f. Geburtshilfe u. Gynaekologie); z laryngologii i otyatryi: Dr J. Sędziak, Warszawa, Erywańska 10 (Monatschr. f. Ohrenheilk. [Berlin], Journal of Laryng etc. [London], Annals of Otology etc. [St. Louis]), Dr R. Spira, Kraków, Grodzka (Archiv für Ohrenheilkunde); z dermatologii: Dr Leon Feuerstein, Lwów, św. Mikołaja 20 (w lecie: Bad Hall, Oberösterreich), (Monatshefte f. praktische Dermatologie); z hydroterapii: Doc. Dr Kowalski, Lwów, Romanowicza 20 (Monatsschr. f. d. physik.-diät. Heilmethoden); z elektrologii: Dr J. Zanietowski, Kraków, Batorego 1 (Zeitschr. f. Elektrologie, Annales d'electrol., Archiv. f. physikalische Med., Annali di electricita med.); z okulistyki: Dr St. Lewicki, Odessa, ul. Elisawetyńska 23, m. 1. (Wiestnik Oftałmołogii); z historyi medycyny: Dr J. Lachs, Kraków, Jasna 2 (Mittheil. zur Geschichte der Medizin. i dział historyczny w Virchows Jahresberichte der ges. Medizin).

Redakcya »Przeglądu lekarskiego« uprasza Kolegów, zdających stale sprawę do innych pism, o łaskawe zgłoszenie się celem uzupełnienia powyższego spisu.

Wiekopomne dzieło Śniadeckiego: »Teorya jestestw organicznych« w ostatniem wydaniu, dokonanem staraniem kolegów Wielkopolan, z przedmową A. Wrzoska, nabywać można po bardzo nizkiej cenie, 2·50 kor. za egzemplarz [prócz kosztów przesyłki], w Administracyi naszego pisma (Kraków, Dunajewskiego 2).

Do polskiego komitetu dla XVI międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie wybrał Wydział lekarski Towarzystwa przyjaciół nauk w Poznaniu Dr Tadeusza Dembińskiego, P. Gantkowskiego i St. Łazarewicza, a Towarzystwo lekarskie warszawskie Dr Józefa Jaworskiego, L. Lublinera i Prof. L. Kryńskiego. Ze Lwowa nie otrzymał dotychczas wydział komitetu w tej sprawie wiadomości.

Kraków. Wydział Izby lekarskiej zachodnio-galicyjskiej odbył 11. II. 1909 posiedzenie, na którem 1) wspólnie z delegatem Związku kraj. lekarzy zajmowano się sprawą wypowiedzenia Drowi S. posady przez Kasę chorych dla uczniów krakowieckich. Uchwalono ogłosić ostrzeżenie. 2) W sprawie Dra B. z R., który przy rozprawie został obrażony przez adwokata strony przeciwnej, uchwalono zwrócić się do Izby adwokackiej. 3) W sprawie Dra D. z K., któremu dziennik »Bielitzer Volksstimme« robi ciężkie zarzuty co do wysokości honoraryum, pobranego od członka Kasy chorych, uchwalono odpowiedzieć Drowi D., że honoraryum obliczył bardzo nizko i upoważnić go do podania tej uchwały Izby do wiadomości Zarządu danej Kasy. Na artykuł poradzono mu nie odpowiadać. 4) Izba lek. styryjska przesyła uchwałę swego Wydziału, jako Rady honorowej, potępiającą dawanie prowizyi przez lekarzy akuszerkom, portyerom i t. d. Wydział Izby uchwalił solidarnie z tą uchwałą ogłosić enuncyacyę w tej sprawie w pismach lekarskich. 5) Następnie załatwiono szereg spraw drobnych.

— Na posiedzeniu Towarzystwa lek. krakowskiego w d. 17. II. 1909 odbyły się wykłady Prof. E. Godlewskiego (jun.) »O prawach dziedziczności« i Dra Janiszewskiego: »O domach izolacyjnych«. Prelegentom podziękowano oklaskami.

— Organizacya lekarzy krakowskich wybrała na zebraniu konstytuującem w d. 15. II. 1909 następujący Zarząd: Dr Akerman (prezes), Dr Sokołowski (wiceprezes), Dr Klęsk (skarbnik), Dr Witaliński (sekretarz). Do komisyi kontrolującej zostali wybrani: Dr Schoengut i Prof. Lewkowicz; do komisyi umów: Dr Landau Jan, Doc. Latkowski i Dr Sokołowski; delegatami na Walne Zgromadzenie Związku krajowego Prof. Dobrowolski i Dr Piotrowski, a delegatami do Związku obwodowego: Dr Flis, Jaugustyn, Klęsk, Smolarski i Sokołowski.

— Na fundusz wdów i sierot po lekarzach w krajowym Związku lekarzy złożyli: Dr W. Kędzior 6 K., ks. K. za pośrednictwem jednego z kolegów 20 K. Wydział Związku składa ofiarodawcom podziękowanie.

Sekretarz: *Weinsberg.* Prezes: *Wicherkiewicz.*

— Dyplom doktorski uzyskali p. Piotr Antoni Odrowąż Wysocki, rodem z Krościenka, i p. Feliks Blay, rodem z Kalisza.

Lwów. Wydział Izby lekarskiej wschodnio-gal. zajmował się na posiedzeniu w d. 20. I. 1909 sprawą artykułu »Głosu Na-

rodu«, skierowanego przeciw prezydyum Izby zach.-gal.; uznał za odpowiednie warunki, postawione przez lekarzy w Kamionce tamtejszej Kasie chorych co do leczenia robotników przy budującej się kolei żelaznej; wydał opinię co do zamianowania 2 lekarzy znawcami sądowymi; zatwierdził taryfy lekarskie dla Buczacza i Janowa; uznał honoraryum Dra R. w T. za niewygórowane; oświadczył się za otwarciem czwartej apteki w Tarnopolu; uchwalił udzielić informacyi byłemu lekarzowi okręgowemu Drowi K. w R., że pozostaje mu tylko podanie do Sejmu lub Wydziału kraj. o udzielenie odprawy w drodze łaski; wreszcie jako Rada honorowa zajmował się 2 sprawami.

— Prof. Dr Panek otworzył prywatną pracownię chemiczno-lekarską i higieniczno-bakteryologiczną.

— Sekcya stryjska Towarzystwa lek. gal. odbyła 17. II. 1909 posiedzenie, na którem odbyły się wykłady Prof. Kucery i Dra Sołtysika.

Warszawa. Towarzystwo higieniczne zamyśla o budowie własnego »Instytutu higieny publicznej«. Zapis ś. p. Ludwika Górskiego ma być użyty przez Towarzystwo na tworzenie kąpieli ludowych na prowincyi przy szkołach i ochronkach i na zasiłek na utworzenie takich kąpieli na Jasnej Górze.

— Towarzystwo opieki nad umysłowo chorymi izraelitami, powstałe z inicyatywy Dra Wizla, a działające od lat 3, utrzymywało w r. z. w schronisku w Otwocku 29 chorych. Na budowę schroniska wydano dotąd 54,963 rb. Prezesem Towarzystwa jest Dr Goldflam, sekretarzem Dr Wizel.

— O przepełnieniu szpitali w Królestwie dają wyobrażenie stosunki w Piotrkowie (35,000 mieszkańców), gdzie w obu szpitalach miejskich na 60 etatowych łóżkach znajduje się 140 chorych!

— W Biłgoraju powstaje nowy szpitalik. Fundusz szpitala wynosi na razie 8000 rb.

— Pozwolenie na otwarcie zakładu dla głuchoniemych w Lublinie otrzymał p. A. Jeżewski; otwarcie zakładu zależy od tego, czy znajdzie się instytucya lub osoba, któraby zamiary p. Jeżewskiego poparła. Dotychczas istnieje w Królestwie tylko jedyny zakład w Warszawie (około 200 miejsc), głuchoniemych jest zaś w Królestwie 13,000, z tego około 1200 w wieku szkolnym.

Łódź. Zarząd miasta zawarł umowę z inżynierem Lindleyem o budowę kanalizacyi i wodociągów, która ma się rozpocząć z wiosną roku przyszłego.

— Towarzystwo lekarskie łódzkie zajęło się zorganizowaniem statystyki gruźlicy w Łodzi i jej okolicach na XI. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, którą to sprawę poruszyła stosownie do uchwały poprzednich Zjazdów stała Delegacya Zjazdów (ob. wyżej).

Z różnych stron. Drugi międzynarodowy Zjazd w sprawie nieszczęśliwych wypadków odbędzie się w Rzymie 23. maja b. r. pod honorowem przewodnictwem Prof. Baceliego i Durantego. Prezesem Zjazdu jest profesor medycyny sądowej Dr Ottolenghi. Na wezwanie głównego komitetu Zjazdu utworzył się komitet austryacki z 18 członków, którego prezesem jest Prof. Eiselsberg, sekretarzem Doc. Dr A. Bum (Wien, I., Deutschmeisterplatz, 2). Z Galicyi należy do komitetu Prof. Kader. Tematami rozpraw będą: 1. Organizacya lekarska w przypadkach nieszczęśliwych. 2. Organizacya służby sądowo-lekarskiej i zasady orzeczeń. 3. Stwierdzenie i rokowanie nerwic urazowych. 4. Ocena zdolności do pracy przed wypadkiem i po wypadku. 5. Wpływ rodzaju odszkodowania na przebieg nerwic urazowych. 6. Statystyka lekarska i prawodawstwo. 7. Czynnościowe dopasowanie uszkodzonych kończyn. 8. Choroby serca, a urazy. 9. Udawanie. 10. W jakich zakładach najlepiej leczy się uszkodzonych wskutek wypadków. — Linie kolejowe i okrętowe włoskie udzielają uczestnikom Zjazdu znacznych zniżek. Udział w Zjeździe wynosi 20 franków, a uczestnicy otrzymują bezpłatnie sprawozdanie Zjazdu.

Mianowani: Prof. R. Pfeiffer z Królewca profesorem higieny we Wrocławiu; okulista Doc. Eperon w Lozannie profesorem nadzw.

Zmarli: Dr Stanisław Trepiński, zasłużony działacz na polu narodowo-społecznem na Kaszubach, gdzie osiadł przed 15 laty, w Sobotach.

Sprostowanie. W Nrze 7. str. 106. szpalta prawa, wiersz 13 od dołu zamiast »zabezpieczeniami, zabezpieczenia« ma być: »zaburzeniami, zaburzenia«.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się **we środę d. 24. lutego 1909 o godz. 6 wieczór w Domu lekarskim** (Radziwiłłowska 4). Porządek dzienny: Wykład Prof. Bochenka: »O gruczołach przytarczycznych; rozwój, anatomia i fizyologia«.

Posiedzenie sekcyi jarosławskiej Towarzystwa lek. galic. odbędzie się **w piątek dnia 26. lutego 1909** o godzinie 6 wieczorem w szpitalu powszechnym w Jarosławiu z następującym porządkiem dziennym: 1) Demonstracya chorych, kolega Dr Fechter. 2) O działaniu środków leczniczych w Iwoniczu, kol. Dr Turzański. 3) Wnioski członków.

O liczne zebranie się Szanownych członków uprasza Biuro sekcyi jarosławskiej.

Sekretarz: *Dr Feldman.* Przewodniczący: *Dr Czyżewicz.*

Zapiski przemysłowo-lekarskie.

Nadesłane.

Visvit, przetwór odżywczy, wyrób fabr. chem. Dra Horowitza, poleca świeżo Dr S. Loebl, z Wiednia (Med. Blätter, 1908 Nr 40). Doświadczenia nad przemianą materyi dokonane przez Prof. Nevinnyego w Charité w Berlinie (Dyr. Prof. v. Leyden) w Berlinie wypadły korzystnie. Visvit jestto proszek szarożółty, bezwonny, o miłym smaku. L. poddał visvit ponownej próbie wpływania na przemianę materyi, kierując się przytem zasadami nowemi, w myśl Noordena i szkoły jego. Noorden wymaga dla Europejczyków, w porównaniu ze szczepami azyatyckimi, większej ilości białka w potrawach, co jest już wynikiem przyzwyczajenia. To też 80,14% białka, z tego 1,85% białka hemoglobinowego, jak je zawiera visvit, uważać należy za czynnik bardzo korzystny. Nadto podnieść należy zawartość hemoglobiny i fosforu lecytynowego, znanych jako ważne źródło energii dla ustroju. Wskazania: osłabienia wszelkiego pochodzenia, niedokrwistość, blednica, neurastenia, a szczególnie krzywica. Dla braku istot wyciągowych można visvit podawać także chorym na dnę, cukrzycę i nerki, w dawkach dowolnych.

Ze znacznej liczby leczonych osób przytacza L. w sposób wyczerpujący pouczających 6 przypadków, spostrzeganych przez rok. L. uważa visvit za dobry środek zarówno tam, gdzie chodzi o wzmocnienie ozdrowieńców, jakoteż szczególnie dla celów tuczenia. Własność pobudzenia apetytu zasługuje na szczególniejsze uwzględnienie. *Hr. W.*